

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U.E.R. MÉDECINE - ALEXIS CARREL

Année 1978 - N°

3-1-265

UNE PRÉPARATION A LA NAISSANCE

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eric JULLIAND

né le 24 Octobre 1949

à AIX-LES-BAINS

29

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U.F.R. MÉDECINE - ALBERT CAMUS

ANNEE 1978 - 79

UNE PRÉPARATION A LA NAISSANCE

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 26 Juin 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eric JULLIAND

né le 24 Octobre 1949

A SES PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554217_0020

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U.E.R. MÉDECINE - ALEXIS CARREL

Année 1978 - N°

UNE PRÉPARATION A LA NAISSANCE

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eric JULLIAND

né le 24 Octobre 1949

à AIX-LES-BAINS

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

11-6-8 MEDICINE - ALEXIS CARREL

Année 1978 - 79

UNE PRÉPARATION A LA NAISSANCE



THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 26 juin 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eric JULLIAND

né le 21 Octobre 1949

à AIX-LES-BAINS

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

Président de l'Université.....	Professeur GERMAIN D.
Premier Vice-Président.....	Professeur ELBAZ E.
Secrétaire Général.....	M. RAMBAUD J.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL.....	Pr. MORNEX R.
GRANGE-BLANCHE.....	Dr. SALLE B. (MCA)
LYON-NORD.....	Dr. NEIDHART J.P. (MCA)
SUD-OUEST.....	Pr. NORMAND J.
TECHNIQUES DE READAPTATION.....	Dr. MORGON A. (MCA)
BIOLOGIE HUMAINE.....	Dr. REVILLARD (MCA)
SCIENCES PHARMACEUTIQUES.....	Pr. BIZOLLON C. A.
SCIENCES ODONTOLOGIQUES.....	Dr. VINCENT R.
INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE.....	M. MILLON A.
MATHEMATIQUES.....	Pr. COMBET E.
PHYSIQUE.....	Pr. DELMAU J.
CHIMIE ET BIOCHIMIE.....	Pr. HUET J.
SCIENCES DE LA NATURE.....	Pr. GINET R.
SCIENCES PHYSIOLOGIQUES.....	Mle 1e Pr. WORBE J. F.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1.....	Pr. POUYET B.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2.....	Pr. GALLET
OBSERVATOIRE.....	Directeur ENSAM Mr MONNET, astronome adjoint
PHYSIQUE NUCLEAIRE.....	Pr. GUSAKOW M.
U. E. R. DE MECANIQUE.....	Pr. CONTE-BELLIOT G.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT DE L'U. E. R. ALEXIS CARREL (LYON)

1° CYCLE

ANATOMIE.....	Pr. BOUCHET A.
BIOLOGIE.....	Pr. GIROD C.
CHIMIE-BIOLOGIE.....	Pr. COLOBERT L. Dr. NOFRE C. (MCA)
HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE	Pr. GIROD C.
MATHEMATIQUES-STATISTIQUES.....	Pr. SITE J.
PHYSIOLOGIE.....	Dr. PELLET M. (MCA) Dr. SCHMITT M. (MCA)
PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE.....	Pr. BERGER M.
PSYCHOLOGIE MEDICALE.....	Pr. GUYOTAT J.
SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE.....	Pr. ROCHE L.

2° CYCLE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	Pr. TOMMASI M. Dr. LOIRE R. (MCA)
BACTERIOLOGIE.....	Pr. FLEURETTE J.
CARDIOLOGIE.....	Pr. DELAHAYE J. P. Pr. GONIN A.
CHIRURGIE CARDIAQUE.....	Pr. MARET G.
CHIRURGIE DIGESTIVE.....	Pr. FRANCILLON J.
CHIRURGIE GENERALE.....	Pr. LIARAS H. Dr. SPAY G. (MCA)
CHIRURGIE INFANTILE.....	Dr. DAUDET M. (MCA)
CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPEDIQUE.....	Pr. De MOURGUES G. Dr. COMTET J. (MCA)
DERMATOLOGIE.....	Dr. PERROT (MCA)
ENDOCRINOLOGIE.....	Dr. BERTHEZENE F. (MCA)
GASTRO-ENTEROLOGIE.....	Pr. BEL A.
GENETIQUE GENERALE.....	Dr. HERMIER M. (MCA)

GYNECOLOGIE.....	Pr. ROCHET Y.
	Dr. BREMOND A. (MCA)
HYGIENE.....	Dr. MONIER J. C. (MCA)
MALADIES INFECTIEUSES.....	Dr. GIROUD M. (MCA)
MALADIES DU SANG.....	Pr. REVOL L.
MEDECINE EXPERIMENTALE.....	Pr. MORNEX R.
MEDECINE LEGALE.....	Pr. ROCHE L.
MEDECINE DU TRAVAIL.....	Pr. BOURRET J.
	Dr. EYSSETTE
NEPHROLOGIE.....	Pr. FRANCOIS B.
NEURO-CHIRURGIE.....	Pr. MANSUY L.
	Dr. FISCHER G. (MCA)
NEUROLOGIE.....	Pr. DEVIC M.
OBSTETRIQUE.....	Pr. GARMIER R.
OPHTALMOLOGIE.....	Dr. PAUPERT-RAVAULT (MCA)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.....	Pr. MARTIN H.
PARASITOLOGIE.....	Mle 1e Dr. BATTESTI
PEDIATRIE.....	Pr. FRANCOIS R.
PHARMACOLOGIE.....	Dr. EVREUX (MCA)
PNEUMO-PHTISIOLOGIE.....	Pr. TOURAINE R.
	Dr. BERNARD J. P. (MCA)
PSYCHOLOGIE.....	Pr. GUYOTTAT J.
	Dr. MARIE-CARDINE M. (MCA)
RADIOLOGIE.....	Dr. BUFFARD (MCA)
	Dr. CHOLLAT L. (MCA)
RHUMATOLOGIE.....	Dr. MEUNIER (MCA)
SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE.....	Dr. VIGNAL J. (MCA)
SEMEIOLOGIE MEDICALE.....	Pr. VIALA J. J.
STOMATOLOGIE.....	Pr. DUMAS P.
URGENCE-REANIMATION.....	Pr. DELEUZE R.
	Mme 1e Dr. ESTANOVE S.
	(MCA)
UROLOGIE.....	Dr. PERRIN P.

A MARIE-JO,

A VINCENT,

A MES PARENTS ET TOUTE MA FAMILLE,

A MES AMIS.

JE REMERCIE PLUS PARTICULIEREMENT

Le Docteur GALACTEROS pour son accueil
toujours chaleureux et pour son aide
dans ce travail que sa pratique nous
a inspiré.

P. ALLEMAND, J. CLERGET et G. KERLEGUER
pour leur aide et leurs conseils.

P L A N

Plan	page	1
Introduction	page	3

LA GROSSESSE

I - Les parents	page	9
A - Image du corps de la femme enceinte	page	9
B - Le désir d'Enfant	page	12
C - Maternalité et sexualité	page	15
D - Un corps abimé	page	17
E - La sollicitude paternelle	page	22
F - Les exercices physiques	page	25
II - L'enfant	page	30
A - L'enfant imaginaire	page	30
B - Le placenta	page	35
C - Une épreuve de réalité	page	39
D - La perte des eaux	page	41

LA NAISSANCE

I - Les douleurs	page	46
II - La mise au monde	page	62
A - Le vécu	page	63
B - Un dessin	page	71
C - Le miroir	page	73

LES PREMIERES HEURES DE LA VIE

I - Le bain	page	79
II - Le sein	page	87
III - Et après ?	page	98
Conclusion générale	page	101
Bibliographie	page	103

I N T R O D U C T I O N

S'il y a quelque chose de vrai
dans ce que je dis, il se trouvera
que les poètes en auront déjà
parlé.

WINNICOTT
(32)

Aux yeux d'un observateur qui n'est pas accoucheur l'obstétrique moderne se présente comme un carrefour où se croisent des influences aux directions différentes. Là, on s'ignore parfois, il arrive aussi qu'on échange des invectives par congrès, livre ou débat télévisé interposés.

L'obstétrique, "cette partie de la médecine relative aux accouchements" (24) n'est plus cette science grâce à laquelle des femmes deviennent mères en dépit d'un bassin trop étroit et grâce au lait stérilisé nourrices, en dépit de glandes mammaires insuffisantes (25). Depuis quelques années, on assigne à l'obstétrique une tâche supplémentaire, à savoir une prise en compte des phénomènes psychologiques qui entourent la naissance. Il est apparu que l'attente et la naissance d'un enfant étaient choses bouleversantes, autant psychologiquement que physiquement.

Il y a peu de temps encore, la seule priorité pour l'accoucheur était d'éviter la mort de la mère et la mort de l'enfant : à la maternité Port-Royal mourrait encore en couches une femme sur dix sept il y a cent ans environ. Il y avait encore plus d'enfants qui mourraient, et on ne comptait pas les handicaps (4). Les progrès accomplis depuis cette époque (la mortalité maternelle est autour de 1/5000 et la mortalité périnatale entre 20 et 10/100 aujourd'hui) nous permettent d'avancer qu'il existe une deuxième priorité pour l'accoucher délivré du spectre de la mort : assurer cette prise en charge psychologique de la naissance.

Les deux aspects réunis, fondamentaux tous les deux, réalisent un soin au sens du service, qui prend la personne dans sa globalité, s'efforçant de réduire les clivages classiques entre psyché et soma. Une médicalisation

à outrance, favorisée par la technologie, apparaît déshumanisante ; à l'opposé, une "psychologisation" exclusive conduit inéluctablement à des accidents. En intégrant les deux aspects, l'obstétrique s'appuie sur le changement actuel des idées qui surgit actuellement : le mouvement écologique, ILLITCH (13) LEBOYER qui sont les reflets d'un nouveau système de valeurs dans lequel les individus luttent contre le pouvoir médical et sa technologie. Les individus se placent en sujet, expriment des demandes et notamment revendiquent une certaine autonomie. Il s'agit pour nous de mettre en place un système médical capable de répondre à ce courant autogestionnaire en progrès. On ne peut le négliger, le marginaliser sous peine de favoriser un refus complet de l'assistance médicale lors de la naissance. Le retour des accouchements à domicile, un peu sauvages, produira tôt ou tard des catastrophes, une régression inadmissible en regard de la sécurité dans le milieu hospitalier.

On s'orienterait donc vers une écoute de la demande des femmes et des hommes qui viennent dans les maternités. Spontanément, cette demande est soumise au conditionnement exercé par l'idéologie médicale et la pression des mass-média. L'accoucheur s'entend demander un "accouchement sans douleur", "une péri-durale", "la méthode LEBOYER" ; souvent aussi le couple n'ose rien demander. Mais existe-t-il un véritable choix pour un véritable sujet dans cette situation ? Nous en doutons si bien que deux éléments paraissent importants :

1°) L'existence de structures qui permettent l'élaboration de cette demande qui ne peut se manifester clairement et d'emblée.

2°) La souplesse des structures de soin qui n'imposeront pas "la Vérité de leur Méthode".

Dans ce travail, nous témoignerons d'une expérience de préparation à la naissance : les couples se préparent dès le diagnostic de grossesse en assistant à des groupes hebdomadaires qui ont lieu en soirée, soit à la maternité, soit chez le médecin accoucheur. Le médecin est aussi le principal animateur de ces groupes, assisté par un professeur de yoga et une ou plusieurs sages-femmes de l'institution.

Le groupe est ouvert dans la mesure où il se renouvelle sans cesse avec les arrivées des nouveaux et les départs des jeunes parents. Viennent aussi des gens "intéressés par les problèmes de la naissance".

Dans ces groupes que fait-on ?

On parle. De la grossesse, de la naissance, de l'alimentation de l'enfant, de son développement, de contraception, d'éducation sexuelle, etc... Il n'y a pas de programme pré-établi, le groupe suit son chemin et on respecte la demande des couples.

On participe à des activités physiques inspirées du yoga et destinées à l'acquisition d'une détente et d'une maîtrise lors de la naissance.

Il arrive que l'on s'aide d'un tableau pour une expression par l'image.

Enfin les accouchements étaient enregistrés au magnétoscope et retransmis au groupe en présence et avec l'accord des parents ; nous fûmes ainsi un témoin de la plupart des naissances.

Pour ce travail nous avons enregistré le contenu verbal des séances et l'on retrouvera dans les différents chapitres des extraits de discours qui serviront de fil conducteur et d'illustrations à des réflexions sur la naissance. Du fait des répétitions inhérentes au fonctionnement ouvert de groupe, nous avons été conduits à négliger l'ordre chronologique des extraits ainsi que la dynamique du groupe, de plus en plus insaisissable au fur et à mesure de son évolution. On a donc intégré des extraits de discours à chacune des trois parties de ce travail : Grossesse, Naissance, les premières heures de la vie.

Enfin, étant psychiatre en formation, c'est aux aspects psychologiques de l'enfantement que nous nous sommes surtout intéressés ici, l'enfantement étant un terme qui recouvre la grossesse et la naissance.

P R E M I E R E P A R T I E

L A G R O S S E S S E

Le corps féminin possède un espace vide et creux, rempli par la grossesse, par l'enfant. Pour peu que vous vous représentiez combien la "sensation de vide" peut être angoissante et que vous vous souveniez du bien-être procuré par le sentiment d'avoir le ventre plein, vous pourrez vous faire à peu près une idée de ce que dans ce sens la grossesse fait éprouver à la femme enceinte.

GRODDECK

"Le livre du ça" - (11)

I - LES PARENTS

La maternité dont nous développons ici les aspects psychologiques est un phénomène corporel. Et lors de la préparation à la naissance, il ne s'agit pas de réaliser une simple mise en condition psychologique par la lutte contre les angoisses propres à la situation de grossesse puis d'accouchement, par une espèce de psychologisation exclusive de l'expérience maternelle. Nous ne reviendrons donc pas sur la méthode de D. READ, le promoteur en Grande-Bretagne de l'accouchement sans crainte.

La parole seule permet mal d'envisager les phénomènes corporels vécus par une femme enceinte et on utilisera au cours de la préparation d'autres moyens pour un essai de représentation de l'image du corps.

A - IMAGES DU CORPS DE LA FEMME ENCEINTE.

Dès la première séance, l'animateur proposa cette suggestion :

"Que celui ou celle qui a envie nous dessine une femme enceinte vers la fin de son terme. Du moins ses contours extérieurs. Le dessin peut être commencé par l'un et poursuivi par d'autres".

Philippe montra une solide matrone, mains sur les hanches, renfrognée, un rouleau à pâtisserie dans une main.

"Est-elle vraiment enceinte ? demanda Mireille qui se reconnaissait mal en cette image inquiétante.



Et Philippe ne disait-il pas son ambivalence devant la deuxième grossesse de sa femme : "Le rouleau à pâtisserie, c'est un symbole, ça peut être une très bonne ou une très mauvaise chose".

D'autres se succédèrent au tableau, Thérèse, Jacky, Betty et Georges enfin.

"Celles du haut n'ont pas de bras".

Nous remarquons que celle de Philippe fut oubliée.

Mireille : "Celle du haut est une maitresse femme. Celles du milieu sont immobilisées par un ventre, une poitrine. Celle du bas est très sensuelle".

Georgette : "L'optique, ce n'est pas les bras, c'est le ventre".

Thérèse : "Quand je me regarde, ce qui me frappe, c'est mon ventre, ma poitrine, On a toujours l'image d'une femme enceinte pas très belle. C'est pas laid du tout!"

Pierre : "Il y a l'essentiel, une poitrine, un ventre".

Thérèse : "Quand on se voit dans une glace, enceinte, on ne se voit pas sensuelle".

Georges : "Nous n'avons pas le même regard quand vous vous regardez dans une glace et quand je regarde Anne-Marie".

- Mireille : "A huit ou neuf mois, on a du mal. Notre sensualité commence à nous échapper. Et il y a les gens qui nous privent de notre sensualité. A neuf mois, on ne me regardait pas comme quelqu'un de désirable".
- Thérèse : "Nous perdons notre agilité, notre souplesse, il y a une gêne, elle existe, il faut la montrer".
- Mireille : "Le besoin d'être désiré ça reste".
- Thérèse ; "Je ne suis pas d'accord, une certaine tendresse".
- Guy : "Il n'y a pas d'idées de viol..."
- Mireille : "Non, mais se sentir jolie... Mais à neuf mois, on est "la femme enceinte", à protéger D'un côté c'est agréable, d'un autre on se dit : "Mais pourquoi n'avons-nous pas autre chose ?".
- Thérèse : "C'est une chose qui peut être enviée".
- Mireille : "On a envie de devenir grosse en même temps. Imaginer avec plaisir que j'allais avoir un gros ventre..."
- Thérèse : "On a toutes plaisir à avoir un gros ventre".
- Guy : "Je ne comprends pas. Une femme peut avoir plaisir à être grosse ? A avoir des volumes plus importants ?".

Georgette : "On a plaisir à être grosse parce que tout le monde voit et on est très contente. J'ai un enfant, j'en suis capable".

Michèle : "C'est de la fierté".

Thérèse : "De la fierté sur les hommes qui ne peuvent avoir ce privilège. Même si je suis gênée, j'en suis contente".

Intervient alors l'animateur qui évoqua l'équivalence enfant-pénis, transparente lors de cette conversation. Cela nous amène à évoquer le désir d'enfant en nous référant aux données de la psychanalyse.

B - LE DESIR D'ENFANT.

On articule souvent la sexualité féminine autour de la seule castration. La fillette suivrait cette trajectoire au cours de l'Oedipe : La perception de sa propre castration et surtout de la castration de la mère éloigne la petite fille de son premier objet d'amour, la mère, qui se révèle incapable de donner le pénis qu'elle n'a pas. Elle se tourne vers le père pour récupérer le pénis, organe narcissique par excellence. D'abord elle veut prendre le pénis, puis elle veut recevoir un enfant de lui. Abandonnée par le père, elle se tournera vers d'autres hommes dans une vie génitale adulte.

Plusieurs auteurs refusent comme FREUD de considérer la femme comme un homme manqué et selon eux, le vagin est le premier organe sexuel investi libidinalement. L'envie du pénis ne viendrait que secondairement, alimentée

par l'insatisfaction des pulsions sexuelles vaginales.

Selon M. KLEIN (14), l'envie du pénis est primaire, dès le stade oral, et le fantasme du petit enfant serait que la mère possède le pénis ; l'image de la mère est celle d'une mère toute puissante, le contraire d'une femme châtrée. L'envie du pénis n'est pas une revendication virile, mais une révolte contre cette mère omnipotente à laquelle est attribuée la responsabilité de la castration, blessure narcissique essentielle.

J. CHASSEGUET-SMIRGEL (5) : "La femme ne veut pas être un homme, mais se dégage de la mère en étant complète, autonome, femme". Le désir d'enfant c'est aussi posséder ce que la mère possède, un enfant.

E. LEMOINE (19) montre l'intrication de ces deux désirs lors de la grossesse :

- la femme cherche en l'homme et l'acte sexuel le phallus paternel tout puissant et elle ne trouve qu'un pénis soumis à l'échec, du moins à la détumescence.

- la femme enceinte est complète mais après l'accouchement, c'est fini et cette image de plénitude s'effrite. Après cette crise, elle peut se tourner vers son mari, ou perpétuer le processus narcissique en se repliant sur la fonction maternelle ; les deux conduites sont utiles pour assumer la féminité : "Une même chose ne cesse de se demander, se donner, se perdre entre un homme et une femme sans qu'il n'y ait jamais d'échange véritable!" E. LEMOINE ne tranche pas pour dire si cette chose qui fait les deux sexes différents est un "en plus" pour l'homme ou un "en moins" pour la femme. Mais il faut remarquer que le sentiment de manque persiste chez l'un comme chez l'autre :

pénis insatisfaisant pour l'homme, pérennité de l'expérience maternelle pour la femme.

En somme, la féminité se constituerait comme un compromis entre l'envie d'un pénis dont la femme sait qu'il ne pourra pas la satisfaire et l'envie d'un enfant qui la comble mais qu'elle doit quitter.

On entend dire que cette faculté à combler le désir par la maternité est un obstacle à la créativité féminine. Ne pas assouvir ce désir d'enfant serait l'origine de la plus grande créativité masculine observée jusqu'à nos jours. Nous esquisserons un parallèle entre grossesse et le travail de création artistique. Il nous a semblé que la préparation en groupe des naissances rapprochait ces deux expériences.

Selon ANZIEU (1) le travail de création artistique nécessite au départ un mouvement régressif. Le Moi doit pouvoir contrôler les représentations archaïques mobilisées par cette régression. Pour fixer ensuite ces représentations dans le pré-conscient, le créateur s'appuie sur un ami privilégié, de même sexe dont la "connivence fantasmatique lui assure une confiance envers sa réalité intérieure : cet ami donne l'illusion que la réalité ne donne pas un démenti permanent à la réalité psychique. La dernière étape du travail créateur est l'exposition de l'oeuvre au public et l'acceptation qu'elle mène une vie indépendante de son auteur.

Nous retrouvons au cours de la grossesse cette régression, cette mobilisation et l'ami privilégié, asexué, n'est-il pas représenté par le mari qui se féminise et le groupe tout entier ?

Le travail de création est intimement lié à l'érotisme anal : plaisir de concevoir une oeuvre en soi et contrôle de son passage à l'extérieur comme les fèces.

Le contrôle de la conception qui se développe depuis quelques années et la maîtrise de la grossesse et de la naissance apportée par la psycho-prophylaxie obstétricale renforcent l'aspect créatif de la naissance en mobilisant de façon indirecte l'érotisme anal.

Pour conclure, nous pointerons seulement que la grossesse, cette crise narcissique réalisant chez la femme une oscillation entre réel et imaginaire favorise la constitution de la féminité ; elle est aussi pour les femmes une expérience de création ; ces aspects sont pris en compte et favorisés par le soutien des groupes de préparation.

C - MATERNITE ET SEXUALITE.

Si l'on considère de façon quelque peu phallocentriste qu'une femme est grosse d'enfant afin de satisfaire ses aspirations viriles, l'accouchement est une castration de ce pénis auxiliaire ; on ne s'étonne pas que la perte de ce fétiche provoque un état de dépression, le classique "post partum blues".

Mais, il nous semble que la satisfaction de la femme enceinte n'est que partielle et le sentiment de complétude narcissique attribué aux femmes enceintes nous paraît relatif après avoir entendu les femmes du groupe en parler. En effet, nantie de l'enfant-pénis, la femme doit renoncer à son image sexuelle dans ses relations avec

autrui comme face à elle-même. Ce plaisir d'attendre un enfant, elle doit le payer cher.

Loin le temps où une femme enceinte restait cloîtrée à la maison, mais M. n'ose plus comme avant se promener nue chez elle où elle ne peut croiser que sa fille de trois ans et des miroirs...

Rares sont les femmes enceintes qui vont à la piscine, n'osant se montrer dans "leur état".

- "Se mettre en maillot de bain, ça ne se fait pas".

- "Oh maman, tu ne peux pas aller à la piscine en ce moment!".

Georges : "A la piscine je n'ai jamais vu une femme enceinte en deux-pièces".

Mireille : "C'est parce qu'on nous dit de nous cacher. Les gens nous privent de notre sensualité. A neuf mois on ne me regardait pas comme quelqu'un de désirable".

Thérèse évoqua cette perte en d'autres termes :

"Nous perdons notre agilité, notre souplesse... Nous ne pouvons pas nous baisser. On est moins apte à être une véritable femme. A cause de cette gêne on ne pense qu'à la maternité".

Ce mur entre la mater genitrix et la femme sexuelle (15) provient autant d'elles-mêmes que de la pression sociale. Il joue probablement un rôle protecteur

contre un sentiment de toute puissance dont on sait qu'il génère une angoisse, tant il est vrai que la toute-puissance s'exerce à double tranchant. Cependant il précipite la femme enceinte dans des situations de souffrance (21).

Certaines grossesses sont vécues de manière extraordinairement fusionnelles et gratifiantes dans un régime narcissique. Après un tel repli sur soi, la défusion de l'accouchement ne sera que plus douloureuse. Ou bien les modifications anatomiques, la gêne d'un corps sexué très investi ne peuvent être supportées et l'enfant in utero fait souffrir ces femmes dans leur image du corps idéale, à la façon d'un corps étranger.

Plus le clivage qui oppose mère et femme est vif, plus grand sera le bouleversement imposé par l'expérience de grossesse. Elle se présente comme un fait singulier, en rupture avec la vie "normale" de la femme.

Les groupes de préparation permettent de parler ceci, non pas de façon théorique, mais au travers des vécus des couples qui abordent d'eux-mêmes ces questions de sexualité pendant la grossesse. On assiste à un amortissement de ce phénomène par l'effet de prise de conscience que le manque persiste toujours et qu'il n'y a rien à attendre de bon à se transformer par la grossesse.

D - UN CORPS ABIME.

Cet enfant si désiré et si choyé alors que pas encore né est aussi quelqu'un de bien dangereux et menaçant pour l'intégrité physique ainsi que le suggèrent les réflexions suivantes :

Thérèse : "N'y a-t-il pas un risque à se lever juste après l'accouchement. Surtout cette femme au bébé de quatre kilogs... Pour les organes. Marcher, venir ici, rester assise au lieu d'être allongée. Au point de vue des organes, il y a un risque, non ? Si certains ne sont pas revenus en place totalement. Je pensais à la descente d'organes. C'est peut être le dernier risque, mais j'en ai peur".

Anita : "Je n'avais pas apprécié de marcher jusqu'à ma chambre. Pour ma seconde fille, j'ai accouché avec le DR G. et il m'a dit tout de suite après : "Bon, vous rentrez chez vous, dans votre chambre". J'avais ouvert des yeux ronds".

Thérèse : "Est-ce que c'est une nouvelle méthode ?".
"Lève-toi et marche".

Anita : "Je me suis rendue compte après que j'allais bien. En effet, je me suis dit pourquoi pas, on nous a tellement ancré l'idée de ne pas mettre un pied par terre. En fait c'est plus une idée qu'on nous a donnée et qui s'est répandue".

Françoise : "Pour la naissance de Guillaume, j'ai eu droit au coup de ciseaux. J'ai été recousue douze heures après. Je pensais qu'on allait venir me chercher sur un petit chariot. Je suis redescendue par l'escalier, mais je ne m'en suis pas plus mal portée. Finalement je n'avais pas besoin de petit chariot".

Thérèse : "C'est un avis médical que je voudrais".

Dr G. : "Vous avez peur pour votre féminité ?".

Thérèse : "Je me pose des questions. La descente d'organes, la musculature, l'abdomen, autrefois, on se maintenait le ventre bandé. Tandis que maintenant..."

Dr G. : "Vous avez des inquiétudes pour votre corps?".

Thérèse : "C'est sûr. Autrefois, les femmes vieillissaient plus vite que maintenant. Maintenant les femmes restent jeunes. A quarante ans une femme est encore jeune. Autrefois elle travaillait, il lui fallait peiner davantage, la femme vieillissait beaucoup plus vite".

Mme B. (sage-femme) : "Je pense que si les femmes de quarante ans sont ce qu'elles sont maintenant, c'est parce qu'elle ne portent pas de gaine, pas de bande, font de la gymnastique, ne se font pas promener en petit chariot".

A propos de l'allaitement :

Thérèse : "Je me disais que l'allais abimer ma poitrine ; je vais tirer sur ce sein, je vais avoir les seins qui vont tomber, les seins noirs."

Marie-H. : "Moi, je soutiens que c'est la grossesse qui abîme les seins."

Dans le groupe que nous avons suivi, seules les craintes sur le corps concernant la sexualité sont apparues : les seins et les organes, ce qui importe selon beaucoup dans l'image qu'ils se font de la femme enceinte. Le discours a pour thème la perte et la chute comme si l'enfant allait emporter une partie du corps maternel qui ne sera après jamais plus comme avant. Nous retrouvons là encore ce clivage entre vie sexuelle et maternité, appartenant à une problématique génitale.

Incidemment apparurent des allusions à une gêne plus diffuse, plus profonde peut-être : des douleurs lombaires, cervicales dont quelques unes se plaignaient dans le groupe, des insomnies dont il fut question une fois :

"Les nuits sont longues".

"Je change de position, Je me mets à plat sur le dos. A un moment donné il doit se fatiguer (le bébé)".

"J'essaie de me détendre".

On sait que le début de la grossesse est souvent marqué par des symptômes d'ordre psycho-somatiques, les signes sympathiques de la grossesse. Une réflexion partant de la sexualité infantile permet d'amorcer une compréhension des phénomènes dits subjectifs de la grossesse, manifestation de l'ambivalence maternelle qui s'inscrit dans le corps.

L'accession de la femme à la condition de mère n'est pas réglée par un montage instinctuel rigide comme dans les espèces animales, mais elle s'accomplit dans une crise intégrative. Cette crise se fait en mobilisant le vécu historique de chaque femme et elle aboutit

à une restructuration de ses positions objectales (6).

Si l'on retient que la grossesse est un prolongement du coït, la grossesse doit retenir certaines de ses significations et le fœtus, objet incorporé, représente le pénis de l'homme. Les symptômes subjectifs traduisent l'incorporation psychique du pénis. Une résurgence de la phase orale mobilise des symptômes de la sphère digestive, animés par le fantasme d'une grossesse dans le tube digestif. Selon M. KLEIN, "la nature de la relation de la fille au pénis de son père déterminera celle qu'elle aura avec ses enfants imaginaires puis réels". Le bon pénis rassurant induira la présence d'un bon fœtus et aidera à la réparation des fantasmes agressifs de la femme enceinte, alors que le mauvais pénis persécuteur sera la source d'angoisse lors de la représentation du fœtus à l'intérieur du corps.

Par référence à la phase anale, on note la prévalence des phénomènes de rétention ; constipation par exemple. Mais selon HELD (12) si cet équilibre se rompt dans l'autre sens, on verrait des débâcles diarrhéiques, voire des avortements.

Le refus d'une grossesse peut symboliser la protestation virile, corollaire à une féminité mal acceptée, la grossesse venant pointer de façon patente que la femme n'est pas un garçon.

Cette ambivalence de la mère envers son enfant, nette surtout au début de la grossesse ne disparaît jamais complètement même dans la relation maternelle post-natale. C'est pourquoi il est important d'en rappeler l'existence, même si ces pulsions agressives envers l'enfant n'apparaissent pas facilement dans un groupe de

préparation à la naissance. Une telle manifestation d'ambivalence se fut-elle révélée qu'il n'eut pas été bon de l'étouffer même au prix de l'émergence d'une certaine angoisse dans le groupe. Dans cet ordre d'idée il nous fut possible d'évoquer les malformations possibles de l'enfant dans un tel groupe.

E - LA SOLLICITUDE PATERNELLE.

"Ca m'a surprise qu'un homme dessine sa femme enceinte comme ça" disait Mireille.

Le regard joue-t-il donc un si grand rôle dans les communications entre mari et femme enceinte, comme si elles respectaient cet ordre : "Ne touchez pas à la femme enceinte !".

Georges et Guy expliquent cela à leur manière :

Guy : "Le mari se sent parfaitement inutile au cours de la formation de l'enfant. On se sent désarmé."

Georges : "Je ne me sens pas inutile. Il y a une espèce de vibrations entre nous deux. Il y a deux corps et tout ce que l'on pense. Ce n'est pas une division."

Guy : "Vous voulez dire : ce n'est pas vous qui usinez dans l'usine. Vous êtes à l'extérieur".

Georges : "Je ne sais pas si je suis tellement à l'extérieur. Je ne sais pas s'il n'y a pas quelque chose qui se passe entre nous".

On apprend alors que Georges avait pris trois ou quatre kilogs depuis le diagnostic de la grossesse d'Anne-Marie :

Georges : "Je me demande s'il n'y a pas une relation entre ma prise de poids et le désir d'être grosse d'enfant. Peut-être uniquement pour moi. Au début, ça ne se voyait pas (cet enfant) ; je me demande si je n'avais pas besoin de prendre quelques kilos ."

A ce moment Anne-Marie venait déjà au groupe de préparation et on lui demandait si elle était vraiment enceinte.

Voici un autre exemple de couvade à minima :

Mireille : "Mon mari buvait des tisanes en me disant : "j'en bois pour toi, ça te fait du bien".

Tous ne participent pas ainsi, et nous avons plutôt observé que les modifications corporelles vécues par la femme étaient appréhendées par l'homme au moyen du regard, un sens qui respecte la distance. Guy s'interroge sur les formes extérieures, même pas sur l'enfant : "une femme peut avoir plaisir à avoir des volumes plus importants, je ne comprends pas bien".

Une femme lui répondra : "On pense à l'enfant qui grandit, pas en tant que volume ou forme. Le plaisir d'avoir un enfant, c'est aussi une proclamation".

L'importance des rites autour de la naissance organisés par rapport à la figure du père, les études sur les phénomènes de la paternité (27) montrent

que ce père, s'il n'usine pas, appartient à la situation et dans le trio père-mère-enfant à naître s'instaurent peu ou prou des communications.

Dans notre société moderne dépourvue de rites mais mécanique à outrance, il paraît souhaitable que la place du père soit reconnue, inscrite ailleurs que dans le couloir "à fumer les cigarettes" (Guy). Une préparation active des pères à la naissance paraît aider à une ritualisation de celle-ci ; la participation active du père à la naissance en salle de travail n'est plus un accident singulier ni une transgression dans la mesure où le père lui-même peut donner un sens à sa présence. Pendant la préparation, la sollicitude du mari est stimulée puisqu'elle n'apparaît pas encore spontanément. Les résistances à vaincre sont en effet très importantes : le père était traditionnellement écarté de la naissance comme les autres hommes jusqu'au XVII^e siècle, le grand siècle des accoucheurs. Jusqu'aux dernières décennies, le futur père était exclu de la scène et les groupes de préparation à l'accouchement sans douleur étaient organisés pour les seules femmes (28).

- "J'avais eu une petite préparation, mais enfin la préparation... A cette époque on faisait attention à la respiration et à la compréhension de l'accouchement".

- "Dans le passé les femmes avaient trop tendance à dire : je t'ai fait un beau garçon, un enfant. En laissant de côté la présence du père".

- "La première fois je n'ai pas voulu venir parce que je croyais que c'était uniquement basé sur des exercices respiratoires ? Et je dois dire que ça m'agace profondément. Je ne sais pas ce que je ferais de plus moi.

Ce n'est pas moi qui vais respirer à ta place. Je considère que c'est plus un problème de femmes de préparer l'accouchement. Je suis venu ce soir pour me rendre compte et peut être changer d'avis."

Que la participation paternelle à la grossesse renvoie à des interrogations d'ordre hystérique, ou à une identification féminine, on retrouve le "change de sexe dont parle E. LEMOINE (16) par lequel la femme se virilise en père-mère et l'homme devient maternel et se féminise.

Les groupes de préparation sont un espace où cet intérêt paternel peut trouver un écho et un sens.

F : LES EXERCICES PHYSIQUES.

"Il y a bien des exercices, mais il ne semble pas y avoir de programme pré-établi".

"Quand on vient ici, c'est pour se détendre, on ne vient pas du tout comme on viendrait à un cours. J'ai déjà eu un enfant et des cours de préparation aussi ; mais je n'y venais pas du tout avec les mêmes sentiments. Là je viens pour me détendre ; L'autre fois ça m'embêtait".

Le sentiment général n'était pas celui d'avoir subi un apprentissage. On le doit en partie au yoga, dont la philosophie insiste sur la primauté du vécu individuel.

Le but de la préparation physique est d'assurer à la parturiente la possibilité de vivre un

accouchement détendu, concentrée afin de mentaliser ses sensations et en respirant calmement. Nous allons décrire les exercices de prise de conscience corporelle inspirés du yoga qui permettent d'atteindre cet objectif. On demande aux couples de pratiquer tant chez eux que pendant les séances.

1°) La détente :

C'est une relaxation induite par la suggestion que la pensée nous sert de véhicule à bord duquel on se promène dans tout l'organisme. Chemin faisant, on prend conscience de la région visitée. Cette relaxation permet un retour sur soi préalable indispensable à une prise de conscience corporelle.

2°) La concentration et la mentalisation :

On demande aux participants de ne pas laisser divaguer leur esprit pendant cet état de relaxation, mais de rester concentrés sur eux-mêmes, à l'écoute de leurs sensations corporelles afin de les reconnaître et de les maîtriser. C'est la mentalisation des sensations corporelles.

Ainsi apprend on à sentir son périnée pour le relâcher ou le contracter à volonté.

3°) La respiration :

La respiration, acte automatique sera mentalisée : prise de conscience de son rythme, de l'amplitude et du passage de l'acte automatique à l'acte volontaire qui consiste à modifier son rythme et son amplitude. Parallèlement, on provoque une prise de conscience

des différents muscles impliqués dans la respiration : le diaphragme, les muscles abdominaux, les muscles thoraciques et dorsaux.

4°) Lors de la naissance, on obtient ceci :

Pendant la dilatation :

Au début d'une contraction, la femme fait une expiration forcée contractant les muscles abdominaux, remontant le diaphragme et relâchant le périnée. A l'inspiration, relâchement des abdominaux, abaissement du diaphragme, puis amplification thoracique tout en aspirant le périnée.

A l'expiration suivante, la femme dirige son souffle mentalement sur son périnée relâché. L'expiration est environ deux fois plus longue que l'inspiration.

Cette technique est utilisée pendant toute la dilatation, et la femme varie la profondeur de l'expiration en fonction de l'intensité des contractions et des sensations.

Le résultat observé est celui d'une analgésie d'une détente et aussi d'une permanence de la fonction respiratoire.

Pour l'expulsion, l'idéal est que l'enfant naisse, simplement poussé par le souffle de la mère. On le réalise chez la multipare assez facilement. Lors d'une contraction à dilatation complète, la femme expire lentement en envoyant son souffle sur le périnée ouvert.

Ce résultat est plus difficile à atteindre chez la primipare, plus angoissée et pour laquelle on doit adopter une autre méthode :

- poussée classique, mais on bénéficie de la mentalisation d'un périnée ouvert, ou

- poussée pendant les premières secondes de la contraction, puis respiration lente et profonde comme pendant la dilatation. Lors des dernières contractions, quand la femme voit son enfant dans le miroir, qu'elle ne se demande plus : "mais est-ce qu'il va arriver à sortir ?", on peut se passer des poussées.

Nous avons été frappés au cours de la préparation par l'importance du plaisir de la détente et de la maîtrise de soi procurés par les exercices, si bien que cela doit favoriser l'insertion des hommes dans le groupe. On demande de plus des exercices par couple. L'homme adopte spontanément un rôle d'observateur : sa femme est allongée, se détend, et lui, il pose ses mains sur son ventre afin qu'elle puisse mieux suivre la mobilité de sa paroi abdominale. Mais nous avons vu aussi des couples respirer ensemble côte à côte ou debout, chacun harmonisant sa respiration avec l'autre.

Le résultat tangible de la préparation des pères est le rôle actif qu'ils peuvent jouer à la naissance et donc nous avons recueilli quelques témoignages :

" je me suis senti actif et je crois que je l'ai aidée, surtout pour la respiration ; je respirais en même temps qu'elle. J'étais

un peu enrhumé alors je respirais une fois sur deux, dans les moments difficiles, quand je voyais qu'elle allait s'arrêter".

"Quand je suis arrivé, je n'avais pas de blouse et j'étais près de ma femme. Le Docteur me dit d'aller chercher une blouse et de revenir vite. Ma femme lui a dit : -laissez-moi mon mari-. Nous nous sommes aperçu que la présence de l'homme est indispensable. C'est vrai qu'elle avait besoin de moi. Nous avons respiré ensemble, j'ai mis mon bras derrière elle et nous avons pratiquement poussé ensemble l'enfant".

Relevons enfin cette réplique d'un futur père en salle de travail, à sa mère qui lui téléphone :

"Bon, je te laisse, au revoir petite mère, on travaille".

II - L'ENFANT

A - L'ENFANT IMAGINAIRE.

Le groupe s'est interrogé à plusieurs reprises sur l'enfant pendant la grossesse. Nous allons suivre quelques unes de ses interrogations sur la représentation de l'enfant.

Anne-Marie : raconte qu'elle aime se reposer allongée, les mains sur le ventre ; elle sent l'enfant bouger. "Je suis sûre qu'il est là". Dit-elle.
Elle a fait une fausse-couche avant cette deuxième grossesse.

Mireille : "J'ai eu un siège. Quand à huit mois, j'ai su que c'était un siège, je me suis dit : mais je la voyais la tête en haut ! Pourquoi ? J'ai recherché une explication. Disons que j'avais comme un ressenti. A partir du quatrième mois, qu'elle a bougé, je me la représentais. A partir des mouvements, on imagine la tête, les jambes. Je l'imaginais assise et ça a été un siège. Je me suis dit que ce serait un accouchement comme les autres et je n'arrive pas à me représenter comment peut être un accouchement par la tête.

Thérèse : "L'idée du cordon ne vous est pas venue. On dit que le cordon peut se mettre facilement autour du cou du bébé".

Mireille : "On me le disait aussi, mais j'étais persuadée que ça ne se passerait pas comme ça. Je n'avais vraiment pas idée qu'il avait le cordon autour du cou".

Thérèse : "Vous avez été influencée par l'extérieur ?"

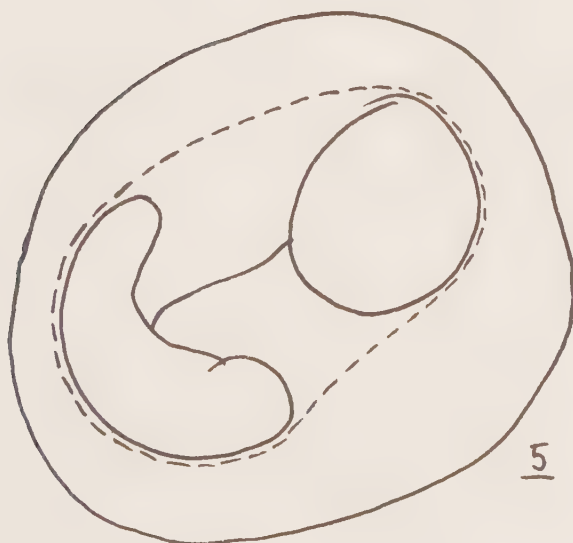
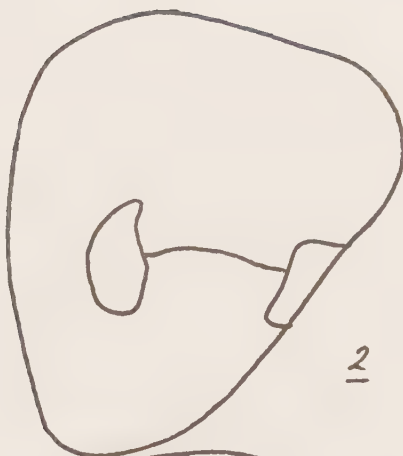
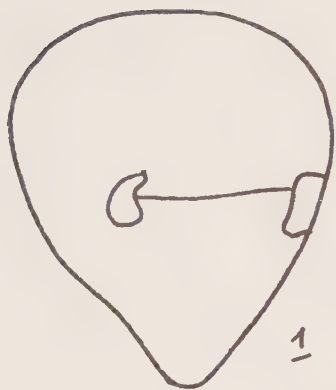
Mireille : "Je me suis surprise moi-même parce que je ne suis pas d'un tempérament très calme. Je pense que la préparation y fait beaucoup ; les gens qui m'ont entourée aussi. J'étais allée dans ma famille et ma mère elle voulait me le retourner. Moi il n'était pas question qu'on me le retourne".

Ce sentiment de l'enfant en soi reste vague ou bien appartient totalement à l'imaginaire quand on le laisse s'exprimer.

Un dessin de l'enfant in utero demandé lors d'une séance de préparation va nous permettre de développer cet aspect imaginaire de la relation mère-enfant.

Dessins 1, 2, 3 et 4 : Le développement du fœtus in utéro.

Dessin 5 : Le dessin de Mireille.



Mireille : "Sur le dessin j'ai fait plein d'eau. Quand je me vois moi, j'imagine mal que j'ai tant d'eau. J'imagine la poche serrant le placenta et le fœtus, laissant peu d'espace. Pas le bébé flottant dans l'eau comme je l'avais dessiné".

Nicole : "Il vaut mieux que ce soit plus large parce qu'il a besoin de bouger. Je le verrais bien souple et bien flottant. Quand on est dans son bain ça flotte tout seul. Comme nous il devrait flotter sur l'eau".

Françoise : "Dans le bouquin de LEBOYER on donne une explication : jusqu'à trois mois l'utérus grandit plus vite que le bébé qui nage et flotte en toute liberté et après le bébé remplit et touche. A un moment donné il y a contact. Il me semble avoir lu que c'était une source d'angoisse pour le bébé, ce premier contact... enfin quelque chose d'insolite".

Mireille : "La poche des eaux je l'avais d'abord faite grande car je l'imaginais comme ça en premier et je l'ai rétrécie parce que mon bébé commence à bouger. C'est aux coups que je ressens que je diminue la poche des eaux".

Georgette : "Pour moi, les eaux, c'est une protection pour le bébé et l'eau doit être la même du début à la fin. La poche ne grossit pas".

Monique : "Je pensais que l'eau se formait au fur et à mesure".

Mireille : "Elle doit augmenter".

Georgette : "Non, le bébé occupe de plus en plus de place".

Anita : "Je pense que l'eau se forme au fur et à mesure que le bébé augmente. Ca se modifie peut-être par échanges entre le bébé et l'eau."

Thérèse : "Comment elle arrive cette eau, par quel phénomène elle se produit, quelle est sa composition ?"

Dr G. : "Quelle idée as-tu en posant cette question ?"

Monique : "Savoir si elle est buvable ou pas ?"

Thérèse : "C'est un phénomène naturel, mais qui provient d'où ? Et comment se réalise-t'il ? On sait pertinemment comment on fait un bébé ; il y a une éducation sexuelle, mais la vie du fœtus, on l'ignore..."

Il semble en suivant cette conversation que nous soyons en pleine fantaisie imaginaire ; on ne sait rien du fœtus, mais on lui prête nos préoccupations adultes dans une réaction d'identification à un double imaginaire. Cette réaction de type "adultomorphique" est sans doute exagérée par la lecture du livre de LEBOYER.

Nicole et Françoise se présentèrent comme des femmes sensibilisées par la lecture de LEBOYER et demandaient une naissance sans violence pour leur enfant.

L'intervention du groupe a pu corriger cette vision partielle de l'expérience qui centre tout sur l'enfant, exalte l'amour des parents pour l'enfant.

Mais FREUD (8) et LECLAIRE rappellent à juste titre que "l'amour des parents, si touchant et au fond si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître". Et cet enfant magnifié par LEBOYER, n'est-ce pas "la représentation du désir de la mère", "l'enfant merveilleux qui témoigne des rêves et des désirs des parents ? "

Il faut donc, selon LECLAIRE (18) entreprendre le meurtre de cet enfant merveilleux qui sinon reste dans les "limites de l'enfance et l'en-deçà du désir", n'accède donc pas au rang de sujet.

Le tout pour l'enfant de LEBOYER (17), (ce que l'on retient de son message) fut combattu par les pères et dans un tout autre registre par une prise de conscience corporelle.

B - LE PLACENTA.

Un homme développe ces questions sur le rôle des eaux, du placenta, sur les échanges mère-enfant, construisant ainsi un espace périfoetal structuré très nettement. Jean-Marcel fait l'analogie avec le poumon où le sang est régénéré au travers d'une paroi sans que se produise un mélange des sangs.

- J. M. : "Qu'est-ce qu'il y a dans la poche des eaux ? Est-ce qu'il y a des échanges avec le bébé, et avec le placenta... c'est quoi, de l'oxygène.
Je me souviens : qu'est-ce que ça devient ce que le bébé absorbe ? Je me disais ; il y a une paroi, ça fait penser aux poumons mais il faut bien que le bébé se nourrisse et grossisse. La poche des eaux, c'est simplement une protection où il puisse se mouvoir un peu, ou ça sert à autre chose ? "
- M. P. : "C'est d'abord une protection, c'est aussi sage-femme une nourriture dans la mesure où il déglutit un petit peu. Mais ce n'est pas ça qui le nourrit. La nourriture, c'est au niveau des échanges avec le sang, ce que contient le sang".
- J. M. : "Le bébé ne respire pas, mais il lui faut de l'oxygène."
- M. P. : "Il y a de l'oxygène transporté par le sang".
- Françoise : "Il y a le sang riche en sucre, en acides aminés, en lipides. Lui il rejette un sang qui n'a plus cette nourriture, enfin, à mon avis".
- J. M. : "Et les rejets du bébé se font dans la poche des eaux ?"
- X : "Le bébé ne l'avale pas le liquide amniotique ?"

J. M. : "Il n'y a pas de saturation du liquide amniotique dans tout ça ? "

A partir des questions techniques de Jean-Marcel on en vint à préciser les mécanismes de la nourriture, des échanges entre la mère et le fœtus. Jean-Marcel a ainsi détruit le fantasme unitaire en évoquant cette barrière, cette coupure signifiante (THIS - 29) qu'est le placenta.

André ne l'oublie pas au moment de la naissance de Nicolas.

Dr G. : "Je voulais demander au père, parce qu'il avait un problème de placenta".

André : "C'était une curiosité, on en avait parlé avec Denise et on se demandait, même Denise, comment c'était fait. Alors dès que le placenta est sorti, j'ai voulu l'explorer. On me voit dans le film en train de passer ma main à l'intérieur. C'est vrai qu'il était très lourd. Je ne sais pas combien ça peut peser... autour de 1 kg. Une très grosse couche au fond, une sorte de foie. C'est assez étonnant cette poche élastique. Il y a le petit trou en haut par où l'enfant est sorti et en bas le cordon. On voulait vraiment savoir comment c'était. L'enfant est vraiment indépendant. Il n'est pas accroché au corps de la mère, mais dans sa poche. Ce qu'on imagine pas tout de suite d'ailleurs, parce que quand la sage-femme a crevé la poche des eaux, on aurait pu

penser qu'elle aurait pu couper la peau; mais en fait elle coupe la poche qui est indépendante. Et Denise n'a rien senti d'ailleurs".

Dr G. : "Et vous avez pensé qu'on pourrait toucher le corps de Denise ? "

André : "Avant, avant. On en avait parlé ici".

Dr G. : "On entend dans le film que vous avez dit : Je suis pris la main dans le sac".

André : "Parce que vous avez dit : "Tiens, ce sera intéressant à filmer. Je suppose que vous ne l'aviez jamais filmé avant".

Dr G. : "Ah non".

André : "C'est une expression qui est venue comme ça."

Inhabituel en effet cet examen des membranes par le père à la naissance de son enfant. Cependant, n'apparaît-il pas moins étonnant à partir du moment où la préparation à la naissance permet de réintroduire le placenta dans le champ du discours, alors qu'il est habituellement nié pendant la grossesse (THIS).

Jadis en Normandie, la tradition faisait enterrer le placenta afin qu'il fertilise le sol. André savait qu'aujourd'hui, les placentas sont recueillis pour la fabrication de produits de beauté destinés à rendre la peau des femmes douce comme celle de bébé. N'est-ce pas

là un rite moderne, puisque aucun argument pharmacologique ne justifie une telle utilisation.

C - UNE EPREUVE DE REALITE.

Allongés sur la moquette, yeux fermés les membres du groupe sont invités à se détendre, à oublier le quotidien et à faire cheminer leur pensée dans tout le corps. Cet exercice de relaxation était pratiqué chaque fois. En dehors de la détente ainsi procurée, il favorisait une prise de conscience corporelle intéressante dans la mesure où il interrogeait les femmes enceintes sur la situation de l'enfant en elle. Voici leurs réponses quand on leur demande de raconter leur vécu :

"Ce bébé, on le sent bouger, mais il est indépendant de nous. On sent une vie, mais indépendante. Moi, je me sens partir, je le sens le bébé, mais comme s'il n'était pas en moi, extérieur".

"Moi, ça me ramène plutôt à la réalité. Il m'empêche de partir".

"Il me dérange. Je suis loin et je réalise qu'il est là. Il m'a déconcentrée".

"J'ai l'impression qu'il flotte avec moi. Il est de son côté. Il bouge mais ça ne me dérange pas".

"Je ne l'ai pas senti du tout. Je suis bien et je pense qu'il est bien aussi. Alors que d'autres fois où il m'ennuie, je le sens bien".

Les mots qui reviennent, partir, loin, de son côté, vont vers la reconnaissance d'une individualité du fœtus. Il est séparé de la mère, n'est pas partie du corps maternel même s'il y est inclus.

Les exercices physiques régulièrement pratiqués et dont on élabore ensuite le vécu dans la parole joue bien le rôle d'une épreuve de réalité qui combat le fantasme unitaire si universel selon lequel mère et fœtus ne font qu'un.

Un cours de physiologie aux femmes enceintes leur apprendra cette séparation et contredira le sens commun qui recommande de manger pour deux afin de nourrir un enfant-vampire. On détruit par une simple information de nombreux préjugés conscients.

Dans cette lutte contre ce fantasme unitaire, efficace sera aussi la démarche classique de la psychoprophylaxie : une femme qui par un acte volontaire "donne le jour" à son enfant a des chances de mieux accepter la séparation d'avec son enfant qu'une femme qui "se le fait tirer" sous anesthésie.

Mais il me paraît fondamental qu'un vécu corporel vienne justement confirmer la parole médicale. C'est ce qui fut en grande partie réalisé lors de ce groupe de préparation.

Une série de quelques vingt naissances n'a pas de valeur statistique, mais nous relèverons pourtant que nous n'observâmes pas ce classique mouvement dépressif du post-partum, que l'on n'hésite pas à qualifier d'inéluctable. Ce résultat est mis en parallèle avec le rappel constant du placenta, du père, et de la non-fusion qui font

de la préparation à la naissance une critique du fantasme parthénogénétique.

D - LA PERTE DES EAUX.

Nous terminons ce chapitre sur la grossesse par quelques commentaires à propos de la perte des eaux, qui suscita de fréquentes réflexions tout au long de la préparation.

"Si on perd les eaux, que faire ? "

"Rien ne laisse prévoir que la poche des eaux va percer ?"

"Ma poche s'est crevée. Je dormais, ça m'a réveillée. A la clinique on m'a dit : vous n'avez plus d'eau, il faut rentrer immédiatement parce que le bébé n'est plus en milieu stérile. J'ai perdu encore toute la journée. Je me suis fait gronder parce que j'ai mouillé mon lit à plusieurs reprises. J'ai perdu encore la nuit et j'ai accouché au petit matin. Je n'avais plus d'eau, je ne perdais pratiquement plus.

Une collègue, elle est entrée au bureau de tabac, elle a pris son journal et elle a perdu ses eaux. Elle s'est retrouvée au milieu d'une flaque. Le monsieur, gentil a pris une serpillière et n'a pas fait de réflexions. Elle a perdu vraiment une grande quantité d'eau".

"Comment ça fait l'écoulement ?"

"Ca coule, je me suis inondée plusieurs fois. Progressivement ma collègue a perdu une grande quantité d'eau, une flaque".

"Est-ce que la présence ou l'absence d'eau favorise un accouchement ?"

"On parle d'accouchement à sec qui serait plus douloureux".

"Et pourquoi il faut la percer ?"

"Je ne sais pas, on ne se rend pas compte que l'eau s'en va. Chaque fois que vous l'avez percée cette poche, j'ai peut-être eu un soulagement mais je n'ai rien senti. Ce n'est pas un fait de l'accouchement qui m'a marquée. Cette poche des eaux, elle n'aurait pas existée, je ne m'en serais pas aperçue".

"J'ai eu un sacré soulagement quand on m'a percé la poche des eaux. Je me suis sentie beaucoup mieux".

"Sans eau, qu'est-ce qu'il devient le bébé, il y a de quoi se faire du souci".

"Le bébé ne souffre pas ? Il n'y a pas de risque à le laisser sans eau ?"

"Dans les livres, ils disent que c'est à cause des microbes qu'il faut accoucher tout de suite".

"L'accouchement est rapide. Le bébé arrive un quart d'heure après".

Cette réflexion vient confirmer que la grossesse est terminée quand la poche des eaux est rompue. Le groupe a un jour remarqué le caractère agressif des termes utilisés, comme si l'accoucheur blessait le corps maternel.

"Vous y êtes allé avec une pince et vous avez percé..."

Souvent les accoucheurs rompent la poche des eaux, ne laissant pas la nature faire, naître certains coiffés, emportant leurs membranes avec eux. Se souvenant de l'intérêt porté par les pères aux membranes, il nous semble que sa valeur reste double : séparer l'enfant de la mère, mais aussi l'isoler de l'extérieur. L'équipe obstétricale et l'accoucheur, substitut paternel décide de la rupture et vient délivrer un enfant encore prisonnier de sa mère.

La justification de cette intervention, dans un climat où l'équipe intervient peu, n'a pourtant jamais été demandée ; ça allait de soi semble-t-il.

D E U X I E M E P A R T I E

L A N A I S S A N C E

"En mon accouchement, fortifiez mon coeur pour supporter les douleurs qui l'accompagnent, et que je les accepte comme les effets de votre justice sur notre sexe pour le péché de la première femme (...)
Que si votre volonté est que je meure en mon accouchement, je l'adore, je la bénis et je m'y conforme..."

GODEAU (9)

L'accouchement est un acte de suprême volupté dont l'impression subsiste sous forme de tendresse pour l'enfant.

GRODDECK (11)

Pour commenter l'accouchement, nous suivrons la distinction classique entre la phase de dilatation du col utérin et la phase d'expulsion ; il ne s'agit pas là d'une séparation artificielle car les deux périodes sont vécues de façon très différentes et elles ne posent pas les mêmes problèmes.

En traitant des douleurs, nous évoquerons les diverses formes de l'analgésie obstétricale avant de relater quelle réponse fut donnée à la question de la douleur des contractions dans l'expérience que nous avons suivie.

La phase de l'expulsion nous donnera l'occasion d'illustrer par des témoignages la maîtrise des parents qui mettent au monde leur enfant.

I - LES DOULEURS

Autrefois la salle de travail était baptisée "salle des douleurs". Depuis LAMAZE et la propagation des méthodes dites d'accouchement sans douleur, ce mot de douleur est devenu tabou. Dans les cours de préparation à l'A. S. D. (accouchement sans douleur) on l'évite soigneusement pour parler des contractions ou du travail à la femme enceinte.

Pourtant le mot "travail" n'est pas anodin. Travailler, en vieux français, c'est torturer, faire souffrir quelqu'un, ou dans la forme intransitive, cela signifie souffrir. Ce n'est qu'au XVI^e siècle qu'il prit son sens actuel dans la langue française, en remplaçant le mot ouvrier.

Que l'on accouche dans la douleur ou dans le travail selon la traduction de la Bible que l'on choisit, l'alternative est guère exaltante...

L'accouchement psycho-prophylactique, ou A. S. D., propose au départ une analgésie obstétricale, c'est-à-dire une lutte contre la traditionnelle douleur de l'accouchement.

QU'EST CE QUE LA DOULEUR ?

La nature du phénomène douloureux est encore controversée : Y-a-t'il une sensibilité douloureuse spécifique ? Existe-t-il des voies spécifiques de la douleur ?

L'expérimentation est difficile du fait de l'intrication des facteurs psychiques qui complique l'interprétation des résultats dans une méthode scientifique expérimentale.

Cependant les neuro-physiologistes ont établi que la douleur n'était pas une entité spécifique comme la vision ou l'audition par exemple. Ils considèrent aujourd'hui que la douleur est "une modalité générale de réponse des afférences somesthésiques les plus diverses à des stimulations d'intensité et de caractère anormaux". (4)

La douleur fait partie des systèmes d'alerte et de réponse au stress.

Cette conception qui lie stress et douleur, chacun pouvant provenir de l'autre est particulièrement riche en obstétrique où le caractère affectif de la douleur avait frappé les observateurs depuis longtemps : on ne s'expliquerait pas sans cela que certaines femmes non préparées accouchent spontanément sans souffrir (28) ni l'efficacité de l'indolorisation par la méthode psychoprophylactique.

L'intégration des sensations algogènes se réalise schématiquement dans trois systèmes :

- un système de vigilance de base mésencéphalique dont la mise en activité se traduit par une diffusion dans tout le cortex et vers le bas par des réactions physiologiques.
- un système plus spécialisé, situé dans le thalamus qui transmet l'influx nerveux dans certaines zones corticales seulement.

- un troisième système, rhinencéphalique, qui apporte à la douleur, comme à toutes les activités comportementales et physiologiques leur tonalité affective.

Il existe une hiérarchisation anatomique et biochimique (neuro-transmetteurs différents) dans ces structures qui intègrent les stimulations dans des schémas psychomoteurs de plus en plus complexes, pour constituer le comportement algique (SOULEIRAC - 4).

Ce modèle scientifique nous intéresse car il explique des phénomènes observés en obstétrique : les variations individuelles de réaction à la douleur selon la fatigue, l'attention, les états de stress provoqués par la douleur, les mécanismes de blocage de la douleur par un feed-back du cortex vers les relais sous-corticaux.

Nous allons écouter le point de vue des intéressées, les femmes :

Françoise : "J'avais reçu des cours d'A. S. D. Dans la mesure où j'ai été débordée par la douleur, j'ai eu l'impression d'avoir été abusée ; j'avais l'impression d'avoir été baratinée, et en même temps j'étais déçue de moi-même. A entendre les gens qui racontaient les naissances, on avait l'impression que c'était facile, ça allait de soi. En fait ça n'était pas aussi facile".

Thérèse : " A ma première grossesse, j'avais fait une préparation et ça s'est très bien passé. J'avais pu dominer les contractions. A la deuxième maternité, vingt mois après, je n'ai pas voulu préparer. Je l'ai regretté

parce que quand les contractions sont arrivées, je me suis paniquée tout de suite, j'ai refusé ces douleurs; mon accouchement s'est bien passé mais j'ai ressenti des douleurs. Il me semblait qu'ayant préparé une fois on devrait avoir une remise en mémoire... Je ne l'ai pas eu. Mon troisième accouchement, je le prépare. Au premier accouchement, j'avais très bien accepté les douleurs".

Nicole : "J'ai vécu les deux, les contractions que je contrôlais et celles que je n'arrivais pas à contrôler. Si on arrive à respirer, c'est vraiment très atténué, on sent beaucoup moins".

Madame F. : "A 11 heures, j'ai été réveillée par des douleurs dans les reins, puis j'ai eu des petites contractions qui m'ont un peu surprise par leur intensité. Mon mari m'a fait respirer. Je ne sais pas si les toutes premières ne m'auraient pas débordée..."

Monique : "Ca a été très long, 24 heures de salle d'accouchement. 12 heures de contractions ininterrompues dans les reins. 7 piqûres... Abominable. Même pas à boire. Les trois suivants sont venus par les reins. Pour la troisième on a vu que ça s'éternisait, alors on a décidé de me faire le col à la main. Ce n'est pas tellement un bon souvenir".

Marie-Hélène : "Quand la contraction s'est faite, le ventre s'est durci, évidemment. Mais on n'a pas les mêmes douleurs".

Mme VAN DER P. "... pas les mêmes perceptions..."

Dr G. : "Si elle veut dire douleur".

Marie-Hélène : "Disons contraction".

Mireille : "Quand je ne faisais plus cette respiration je m'accrochais aux barreaux, je me tordais dans mon lit. Ca ne supprime pas la douleur mais ce n'est pas pareil avec ou sans. Je dormais et les premières contractions que j'ai eues, ça a été pour moi une douleur. La douleur, c'est quelque chose de bref, de vif, de surprenant... La douleur pour moi, c'est la rage de dents".

Anita : "On a toutes plus ou moins de douleur si on arrive plus ou moins à contrôler. La douleur elle est toujours là, mais on arrive à prendre le pas dessus ce qui fait qu'on la supporte beaucoup mieux. Si on se laisse emporter par elle comme ça arrive, on a beaucoup plus de mal".

Michelle : "Pendant les quatre ou cinq premières heures, j'ai bien réussi à respirer. J'étais bien décontractée. C'était très supportable. Il y a eu un moment de déconcentration et ça a été fini. Je me disais : "il m'arrive une contraction, vite ma respiration". C'était comme un remède, plus du tout comme une décontraction".

Il semble bien que les femmes ayant accouché parlent de leur douleur comme d'un objet : on en parle, on lutte contre elle, on la refuse ou on l'accepte, on est débordé par elle, elle nous surprend, ou on la contrôle.

A une douleur ainsi individualisée on va donc répondre, et à l'ère de la technique on répondra selon le schéma médical par un antidote. L'analgésie obstétricale vise à supprimer la douleur, elle ne s'occupe pas du reste. Nous nous arrêterons un peu sur les divers avatars de l'analgésie en obstétrique.

Lorsque le phénomène douloureux est mis au premier plan, qu'il envahit toute la situation de la naissance, on lui opposera une technique radicale, l'anesthésie générale. Pour supprimer la douleur, on anihile la conscience ce qui paraît déjà gênant. De plus la naissance est transformée en un acte quasi-chirurgical.

La péri-durale, qui se développa ces dernières années est une technique d'anesthésie qui préserve la conscience puisqu'elle supprime la perception douloureuse dans la moitié inférieure du corps seulement. D'un point de vue strictement obstétrical, on objectera à cette technique le pourcentage élevé d'extractions instrumentales, puisque la motricité utérine est atteinte.

D'un point de vue plus psycho-prophylactique, on mettra l'accent sur le fait que cette technique réalise un morcellement du corps de la femme, en réplique de la démarche morcellée de l'équipe, et en réplique aussi de la structure de l'équipe ; un anesthésiste pour la douleur de l'utérus, un accoucheur pour sortir l'enfant.

Ces méthodes d'anesthésie montrent l'emprise maxima du modèle médical actuel, hyperteknique, sur une situation somme toute normale dans 95 % des cas et elle transforme la parturiente en malade, objet inactif, passif, témoin seulement.

ODENT suivant ILLITCH et certains ethno-psychiatres (comme LAPLANTINE-(16) -) s'insurge contre ces techniques déshumanisantes qui saisissent l'homme dès sa naissance, le propulsant dans une culture d'où l'amour fut banni.

En introduisant en France l'accouchement sans douleur, LAMAZE annonça aux femmes leur libération de cet augure biblique "tu accoucheras dans la douleur".

L'A. S. D. se présentait donc comme une contre-culture, mouvement qui connut ses phases de militantisme, de persécution, d'apogée et de déclin. On entend dire aujourd'hui : "l'A. S. D., ça n'existe pas ; nous avons été flouées". Pourtant l'indolorisation est un fait bien établi, indiscutable.

Nous ne détaillerons que deux aspects de l'A. S. D., l'un positif, l'autre négatif selon nous.

Parler d'indolorisation permet de cerner les limites de l'A. S. D. On pourra faire à cette méthode inspirée des travaux de PAVLOV le même reproche qu'aux autres techniques d'analgésie, à savoir la lutte contre l'objet-douleur. Seule différence, la lutte contre la douleur passe par un apprentissage au lieu d'utiliser la voie médicamenteuse.

Cet apprentissage sera acquis lors de cours plus ou moins magistraux, plus ou moins pratiques, selon un programme pré-établi, regroupés en fin de grossesse. L'idée de résultat, de performance est sous-tendue et l'accouchement est alors vécu par la parturiente et par l'équipe comme l'heure de vérité, l'examen final.

"Je pense que le docteur est satisfait de sa patiente" entend-on. L'équipe médicale décerne des notes selon une norme fixée par elle et les jugements portés sont souvent perçus comme des jugements de valeur. Un échec par rapport à la norme déclenchera un sentiment de culpabilité, "j'étais déçue de moi-même".

Selon la personnalité de l'accoucheur enseignant, la femme pourra être plus ou moins active, mais comment prendre l'initiative et la direction des opérations si elle le désire ? Le cri apparaît comme une solution et manifester sa douleur, c'est faire quelque chose, c'est mieux que rien. Un autre moyen de signifier son opposition est de ne pas suivre de préparation pour la naissance suivante. Dans les deux cas, on dit que l'A. S. D. a échoué.

Il apparaît que la femme n'est plus un simple objet comme dans les techniques d'anesthésie, elle accède au rang de sujet, mais à un statut infantile de bonne ou mauvaise élève.

Cependant la pratique de l'A. S. D. réalise une certaine ouverture dans le champ de la relation médicale si bien que d'autres paramètres que la douleur sont envisagés. La suppression de la douleur, affect négatif s'assortit de l'éclosion d'affects positifs lors des accouchements dits réussis. Une naissance se devra dès lors d'être consciente,

heureuse, permettant une relation immédiate à l'enfant et une coopération avec l'accoucheur. On voit ainsi se dégager une norme éthique de la naissance.

Une équipe pratiquant l'A. S. D. paraît plus ouverte pour intégrer les "découvertes de LEBOYER" qu'une équipe médicale traditionnelle. Les mutations par lesquelles se réalise l'introduction critique de la naissance sans violence à la maternité des Bleuets ou fondation LAMAZE illustrent cette évolution.

Pour les participants au groupe de préparation, qu'en était-il de la douleur ?

Georgette : "J'avais des contractions, je ne sentais rien. Je ne faisais pas de respiration, j'étais très décontractée, c'est tout".

Dr G. : "Mme F. qui avait des contractions très puissantes, on n'avait pas l'impression d'une femme qui souffrait mais d'une femme qui travaillait".

Denise : "Ce qui est important, c'est d'arriver très détendue".

Nicole à
Georges : "J'ai paniqué à certaines contractions. J'avais du mal à reprendre le rythme quand elles étaient rapprochées. Elle, Anne-Marie, elle était imperturbable".

Michèle : "Elle n'a pas souffert vraiment ?"

Georges : "Le seul truc qui l'a gênée, c'est d'avoir les pieds suspendus. A la fin, elle fatiguait

un peu. Le travail, c'est un effort musculaire important, mais sans douleur".

Denise : "Elle s'était entraînée à respirer ?"

Georges : "Ici et chez nous de temps en temps. C'était plus de la relaxation que de l'entraînement au chronomètre. Au début, elle voulait tenir deux minutes, pour être sûre de tenir une minute. Et puis, c'est idiot, parce qu'il n'y a pas d'effort. On s'est dit, on va faire de la relaxation et de la respiration superficielle pour bien mettre le ventre en mouvement... On était venu la veille au soir à la clinique, elle était à trois centimètres au toucher vaginal. On était dans la chambre. Elle ne pensait pas accoucher dans la nuit. Elle n'était pas là pour accoucher, et elle a commencé à avoir mal. Alors on a préféré rentrer chez nous, elle n'a plus eu mal. Elle s'est reconcentrée, et on est revenu le lendemain!"

Denise : "Ca a été trop vite à mon goût. Au début, je contrôlais les contractions, et puis ça a été très vite. J'ai un peu paniqué, il y a un moment où on ne pense plus qu'à son ventre, à détendre le col et tout ça... On ne pense plus qu'à respirer. J'ai eu un accouchement par perfusion ; le docteur G. m'a dit que c'était plus difficile à contrôler".

Ainsi Madame F. donnait l'impression de travailler ; il ne fallait pas la déranger, la distraire...

Georgette n'a rien senti... sauf l'absence de son mari.

Denise a trouvé que tout allait trop vite. Dans les derniers jours avant la naissance de Nicolas, elle avait essayé avec André de mettre les bouchées doubles pour la préparation... l'échéance lui paraissait trop proche.

Anne-Marie était imperturbable au point qu'on ne pouvait savoir en l'observant si elle avait ou non une contraction et pendant sa dilatation, elle accomplit "une véritable démonstration d'accouchement sans douleur".

Aucune ne parle de la douleur isolément, mais au contraire lie la perception de douleur ou de non douleur à une autre chose, à l'angoisse en général. De quelle angoisse s'agit-il ?

C'est l'angoisse qui apparaît à l'arrivée à la clinique, lieu impersonnel étranger. Plutôt que d'attendre une nuit entière dans une chambre anonyme, Anne-Marie et Georges ont préféré rentrer chez eux. A la maternité publique de Pithiviers (ODENT) existe la "salle sauvage" où le maximum est fait afin que le couple habite ce lieu, se l'approprie, se sente chez lui.

C'est l'angoisse d'être seule aussi. Georgette téléphone à son mari et dans son discours, elle associe directement les contractions qui seraient douloureuses à "mon mari n'était pas là". C'est Mireille qui lors de son premier accouchement raconte ceci :

"J'étais toute seule ; je commençais à en avoir ma claque des contractions, de tout ça... J'ai pensé en moi même : on est toute

seule, on va crier un bon coup. Une infirmière est arrivée et m'a dit : "Eh, vous n'êtes pas toute seule"..."

Anita, 4^o pare dont la dilatation dura douze heures environ, sous perfusion, ne parla pas de douleur malgré la résistance de ce col dystocique et ses "mauvaises habitudes" ; son mari dit au contraire : "c'est un accouchement qu'on a vécu comme merveilleux, et pas du tout comme un effort de douleur de la femme".

La douleur apparaît alors comme une conséquence de la non-résolution de l'angoisse. Et quand la parturiente arrivait à être détendue, relaxée, entourée, elle éprouvait moins le besoin de lutter contre une contraction douloureuse par une respiration particulière. Ainsi la détente apparaît primordiale et les exercices physiques "de style yoga" paraissent très précieux.

Ces exercices de yoga pratiqués lors de chaque séance par tous les participants du groupe ont permis une rapide prise de conscience de l'influence de la relaxation sur les perceptions physiques. Chacun pouvait ensuite raconter son vécu, ses éventuelles difficultés avant que le groupe se sépare. La détente, comme nous disions, ne fut jamais perçue comme un apprentissage à l'issue duquel il fallait atteindre un niveau donné. Au contraire chacun était renvoyé à ses possibilités personnelles :

- C'est plus facile par la bouche que par le nez, non ? Plus rapide ?

- Oui... Oui... mais vous aurez vite soif. C'est une question personnelle.

- Mon mari me pulvérisait de l'eau d'EVIAN pour mon premier accouchement.

ou aussi :

- C'est à l'expiration qu'on sent la poussée du diaphragme, quand le ventre se gonfle... vous expliquez le contraire... Je suis déphasée.

- Si je veux chasser l'air il faut bien que je serre, non ?

- Moi je pousse.

- C'est une respiration inversée. Essayez d'inverser...

Chacun était à l'écoute de son corps, s'attachant spécialement à la prise de conscience de la respiration, du ventre, et du périnée. Les respirations profondes et superficielles étaient toujours abdominales si bien que le ventre restait mobile ; même pendant une contraction. On n'assistait pas à ce blocage de la partie inférieure du corps, ni au halètement thoracique ("le petit chien"). Pas de blocage total où l'on "se crispe de douleur" "se tord de douleur".

Pendant la dilatation, les mains, de la femme, du mari, accompagnent l'abdomen à chaque mouvement respiratoire. Souvent le mari respire en même temps que sa femme.

Ainsi, Nicole était entourée par toute la communauté qui produisait un "choeur respiratoire", un "orchestre". Toutes les respirations n'étaient pas les mêmes, mais tous participaient.

Nicole : "Je m'étais focalisée sur Catherine au moment de la respiration".

Elle ne faisait pas attention à tout le monde mais : "il y avait l'ambiance, j'ai des flashes de telle ou telle personne à tel moment. J'étais entourée par le groupe, plus dans une salle d'accouchement".

L'accouchement de Nicole nous permet de revenir au problème de l'angoisse. Quels chemins suit-elle, puisqu'on ne peut supposer qu'elle s'évanouisse...

Dans la communauté, elle fut recueillie par chacun des membres qui entourait Nicole, qui la touchait et partageait avec elle. Dans le récit de la naissance de Colin, il est assez difficile de dégager un vécu individuel. Du groupe, au contraire, on parla beaucoup : "affectueux, compact, fraternel ; on la touchait ; on participait ; cela restera dans notre histoire collective".

Ils étaient dix (avec Colin) et seuls Bernard (le père), Nicole, Catherine (mère de 2 enfants) émergent du groupe. Que signifierait d'ailleurs la disparition totale des rôles dans une telle situation ? Malgré la pression du groupe, on retrouve les parents, l'équivalent de la sage-femme (Catherine, une mère de deux enfants, expérimentée, et la sage-femme) et le médecin.

"Au lieu que l'angoisse ne déclenche des phénomènes d'angoisse collective, dit Bernard, ce fut le contraire. On a à certains moments des difficultés et des angoisses, mais la présence du Dr G. et de tout le monde a permis de laisser aller cette angoisse, de la résoudre".

"Nous revivions un vécu antécédent où le groupe prend en charge les difficultés individuelles".

Ce que fait chaque jour cette communauté, ce qu'elle fit lors de la naissance de Colin, n'est-ce pas ce que firent aussi Anita et Guy, Anne-Marie et Georges, Georgette et Pierre, etc... ? Mais cela ne paraît possible que si la présence d'une équipe attentive se charge des excès d'angoisse. Il s'agit d'être en retrait mais d'être très présent pour lutter éventuellement contre une angoisse de l'ordre de l'abandon.

Guy : "On était sans appréhension. On a une liberté de manoeuvre. On ne se sent pas dans un carcan... Je pouvais entrer, sortir... donc une grande liberté. Le personnel était très sympathique pour nous, laissant les gens vaquer à leurs occupations, mais faisant en même temps les contrôles nécessaires. Anita avait des difficultés parce que son col restait dur, on n'était pas obligé de frapper à la porte en disant : Eh attention, il faudrait peut-être faire une piquouze pour améliorer les choses".

Et que faire quand dix personnes entourent le lit d'une femme en travail, comme Nicole ?

Bernard : "C'était un peu compact. Je crois que la sage-femme l'a bien senti, et ça c'est uniquement grâce à ce qu'elle est. Elle a été capable de le vivre de façon non frustrante. C'était très positif pour nous. La sage-femme continuait à suivre un peu Nicole, mais elle était là pour assister, avec peu de choses à faire".

Anita explique après son accouchement qu'elle avait apprécié de ne pas avoir d'obstétricien entre les jambes. Cela nous rappelle, comme le disait ODENT que obstétricien a la même racine que obstacle. Et si l'accouchement d'Anita ne fut pas démedicalisé, ou sauvage au sens "écolologique" du terme, elle accoucha sous perfusion, ayant à côté d'elle une équipe médicale rassurante mais pas omniprésente. On retrouve alors la définition du soin en général : servir.

II - LA MISE AU MONDE

C'est ainsi que nous nommons l'expulsion, terme technique aux connotations plutôt désagréables et qui ne reflètent pas vraiment le vécu habituellement positif de cette période.

Tout d'abord, nous écouterons Madame F. pour qui l'expulsion fut difficile. Il s'agit d'une primipare et d'un gros bébé (4,5 kg).

"La phase d'expulsion a été pour moi plus difficile que la phase de dilatation. Je croyais qu'elle serait plus brève, mais comme le bébé était gros, ça a duré plus longtemps. Par moment, je me laissais un peu déborder. Je me disais, mais il ne va pas arriver à sortir... J'étais un peu inquiète mais le docteur et la sage-femme me rassuraient, et voilà, le bébé est sorti".

"Vous avez eu le miroir ? "

"Je n'ai pas bien regardé. Je fermais les yeux, j'étais fatiguée... et j'y repense aujourd'hui, je crois bien que j'avais une petite anxiété. J'ai vu juste la tête... mais quand le corps est sorti, je fermais les yeux. Il faut dire que l'effort de la poussée est drôlement fatigant. Cela demande un gros effort si bien que je m'efforçais à me concentrer pour bien pousser plutôt qu'à regarder".

A - LE VECU.

Lors d'une séance de préparation, Mireille, Monique et Françoise ont raconté devant le reste du groupe leur vécu lors de la naissance de leur premier enfant. Geneviève et Paule, enceintes pour la première fois posaient des questions. Nous allons suivre leur conversation significative du fonctionnement du groupe.

Dr G. : "Bon, on va faire un groupe de six. Trois femmes qui ont accouché et trois qui n'ont pas accouché. Mettez-vous là toutes au milieu. Puisque vous avez évoqué la question, vous. Mettez-vous entre vous, regardez vous.

Premier groupe	{	Geneviève
		Mireille
		Françoise
		Paule
		Monique
		une femme

Geneviève : "On m'a dit qu'on avait très envie de pousser, qu'on n'avait pas besoin de... qu'on avait très envie... une envie systématiquement... et que ce n'était pas un moment très pénible, que ça se passait très facilement parce qu'on était justement poussé par ce besoin. C'est vrai ou quoi ? "

Mireille : Moi je dirais que contrairement à la période de dilatation où ça fait mal plus ou moins, il faut respirer, c'est long et pour moi la dilatation a été longue et j'en ai un souvenir assez pénible. La période d'expulsion, c'est tout le bon moment. C'est le moment où on a

envie de pousser, où on n'a pas la conscience d'une douleur particulière, l'envie est plus forte. Il y a toujours des contractions, mais l'envie est plus forte que la douleur... Et il y a le soulagement. C'est vraiment une délivrance, c'est le mot quoi".

Geneviève : "C'est une envie qui se manifeste et qui n'est pas comparable à quelque autre envie".

Mireille : "Non, c'est vraiment une envie totale. Je ne sais pas. Ni comparable avec l'envie de faire pipi... Il y a des femmes qui ont eu ou envie de faire pipi ou envie de faire caca. Moi j'ai eu envie de pousser, mais dire à quoi ça ressemble, je ne sais pas bien. Ce que je sais, c'est que c'est le moment, le souvenir de mon accouchement. J'ai un très bon souvenir de mon expulsion. Envie.

Geneviève : "Oui, c'est à la fois psychologique, physique, c'est tout".

Mireille : "Oui, parce que psychologique on ne pense pas tellement. Pousser, oui. On sait qu'on pousse le bébé mais l'envie est vraiment physiologique"

Françoise : "Et vous n'avez pas eu envie de pousser trop tôt ? Moi, il y a toute une période où j'avais envie de pousser et la dilatation n'était pas finie. Mais sinon je suis d'accord avec ce que vous avez dit. La dernière période de l'accouchement est plus facile à côté des autres".

- Paule : "Et l'expulsion du placenta est-ce que ça se ressent de la même façon, où bien est-ce que ça se fait tout seul ? "
- Françoise : "J'avoue que je ne m'en rappelle pas. Le Placenta... Le bébé est là".
- Monique : "Et on est très bien. Moi qui ai accouché en tremblant".
- Mireille : "C'est ce qui redonne envie d'accoucher après".
- Monique : "Ca s'appelle le mal joli".
- Geneviève : "Le quoi ? "
- Monique : "L'accouchement ça s'appelle bien le mal joli, la délivrance. L'expression populaire dit ça dès que c'est fini, on est presque à même..."
- Paule : "Bien là, je m'adresse au Dr G."
- Dr G. : "Ah, non, non, vous êtes six femmes et vous discutez entre vous".
- Paule : "Est-ce qu'éventuellement la mère pourrait faire le bain du bébé elle-même ? Entre l'expulsion de l'enfant et celle du placenta est-ce qu'elle aurait le courage de se lever et de participer en ayant une position..."
- Mireille : "Moi, je crois qu'on pourrait, parce que quand j'ai accouché, je me souviens, vous m'avez dit de me lever. J'avais été soufflée."

J'étais persuadée qu'on viendrait me chercher, et je savais que j'avais eu une épisiotomie alors à partir du moment où j'ai été coupée, le bébé est sorti tout de suite, j'ai eu l'impression que ça a été rapide".

Geneviève : "On a pas l'impression de sentir la tête quand il se présente".

Françoise : "Moi, à partir du moment où j'ai été coupée, il est sorti tout de suite, d'un seul coup".

Mireille : "Moi, il n'est pas sorti d'un coup, puisqu'il y a d'abord les fesses qui sont sorties, moi je n'ai pas pu dire que c'était les fesses, il a fallu qu'on me dise".

Geneviève : "C'est assez rapide. On arrive pas à voir, en même temps".

Mireille : "Maintenant, il y a un miroir".

Françoise : "Moi je n'ai pas vu, parce que je n'ai pas voulu regarder le coup de ciseaux... Le bébé a été sorti, je ne l'ai pas vu".

Paule : "Apparemment vous parlez de l'épisiotomie comme si c'était..."

Françoise : "Ah non... on ne sent rien du tout".

Mireille : "Je sais que je devais en avoir une d'office alors... Autant le temps de dilatation paraît pénible et long, autant le temps d'expulsion c'est pas un mauvais moment".

Geneviève : "Comment réagit le père à ce moment-là, justement..."

Mireille : "Il ne s'est quand même pas évanoui".

Françoise : "Mon mari, quand on lui a donné le bébé, il avait peur de le lâcher".

Geneviève : "Non, mais le fait même de l'expulsion ?"

Monique : "La tête avance, recule... ça dure un certain temps, deux heures".

Geneviève : "Tant que ça ?"

Françoise : "Moi je dirai dix minutes, un quart d'heure".

une femme : "Mais qui a eu une expulsion qui a duré plusieurs heures ?"

Mireille : "J'ai calculé le temps en fonction des allées et venues. Il est vrai que personnellement, on a l'impression que ça se passe très très vite. Après en comparant je me suis dit, il s'est passé deux heures".

Geneviève : "Ca fait quand même long".

Françoise : "Et moi je dira dix minutes, un quart d'heure".

Geneviève : "Et c'est par rapport aux contractions ?"

Mireille : "Moi je calcule deux heures à partir du moment où je suis rentrée dans la salle de

travail. Donc je sais à quelle heure je suis rentrée, et à quelle heure je suis sortie"

Geneviève : "Mais uniquement pour l'expulsion, vous étiez en salle de travail ? "

Mireille : "Oui, à partir du moment où on m'a dit de pousser, personnellement ça ne me paraît pas long".

Geneviève : "Donc finalement, il apparaît, disparaît, et au fur et à mesure... Et ce sont ces poussées là qui se sentent le moins ? "

Monique : "Oh, s'il faut à chaque envie de pousser faire un effort, se mettre en traction."

Mireille : "Disons que l'effort se fait par l'envie. Alors que pendant la dilatation on a pas envie de respirer. Cette respiration qu'on fait, elle soulage mais... "

Geneviève : "Elle n'est pas aussi naturelle".

Paule : "Si on n'était pas surveillée (?) par le milieu médical, est-ce qu'on pourrait se débrouiller toute seule. Est-ce que vous avez l'impression qu'on peut agir seule!"

Monique : "Autrefois les femmes".

Paule : "Autrefois..."

Monique : "Qu'est-ce qui peut se passer ?
Normalement ? N'importe comment l'enfant
va sortir. Enfin moi, j'ai accouché dans
le lit de mes parents, accouché... non, je
suis née..."

Rires.

Dr G. : "Vous avez d'autres choses à dire ? "

une femme : "Moi je voulais demander. Des fois je me
dis, si j'accouche chez moi, le geste à
faire pour couper le cordon..."

Il leur fut bien difficile de déterminer
une durée pour cette période de l'expulsion : une demi-heure
pour Françoise et deux heures pour d'autres... mais une
impression commune se dégage, celle de l'activité. Autant la
dilatation fut subie, et passivement, autant le désir de
pousser qui s'impose inaugure une phase très active.

Cette envie de pousser, une délivrance,
fait percevoir cette période plus courte qu'elle ne l'est.
Monique évoque le mal joli, et garde le souvenir d'un bon
moment.

Pourtant le moment est crucial pour
l'enfant, c'est aussi le moment noble de la naissance, celui
où on appelle l'accoucheur. S'agit-il de contenir quelque
angoisse ? Si la parturiente, "toute à son affaire" paraît
relativement calme, son entourage s'inquiète : certaines
équipes vont déployer un activisme qui va des invigorations
de plus en plus fortes au forceps en passant par l'emploi
des techniques modernes de monitoring. Il n'est pas rare
alors qu'une femme ainsi accouchée se voit marquée par

l'ultime paragraphe du médecin, l'épisiotomie. L'accouchement normal survit à peine dans certaines statistiques modernes, et nous savons qu'aux Etats-Unis d'Amérique, une femme ne peut "naturellement accoucher" sans épisiotomie.

Toute la préparation à la naissance va s'attacher à préciser deux points favorables à une maîtrise de la phase expulsive :

- le périnée,
- présence d'un miroir.

"Poussez Madame, poussez ! "

Madame inspire profondément pour que son diaphragme descende, s'accroche aux étriers, soutenue dans le dos par son mari, bloque sa glotte... et on observe un visage crispé, le front se ride, les mâchoires sont serrées ; tout le haut du corps se bloque.

"Il faut pousser en bas, la vous poussez par le haut... C'est inefficace. Poussez comme si vous alliez aux cabinets".

Pourtant on a relevé depuis longtemps l'inconvénient d'une telle formule, assimilant l'enfant à un excrément, resituant la grossesse dans la sphère digestive et on demanderait ensuite à la jeune mère de prendre son enfant sans gêne, de le caresser, de le masser alors qu'elle accoucha par un cloaque, où les cavités génitales, urinaires et anales se mêlent. Ne nous étonnons pas des réactions de rejet, "c'est sâle, c'est visqueux".

"Poussez en bas dit-on, mais où en bas ? "

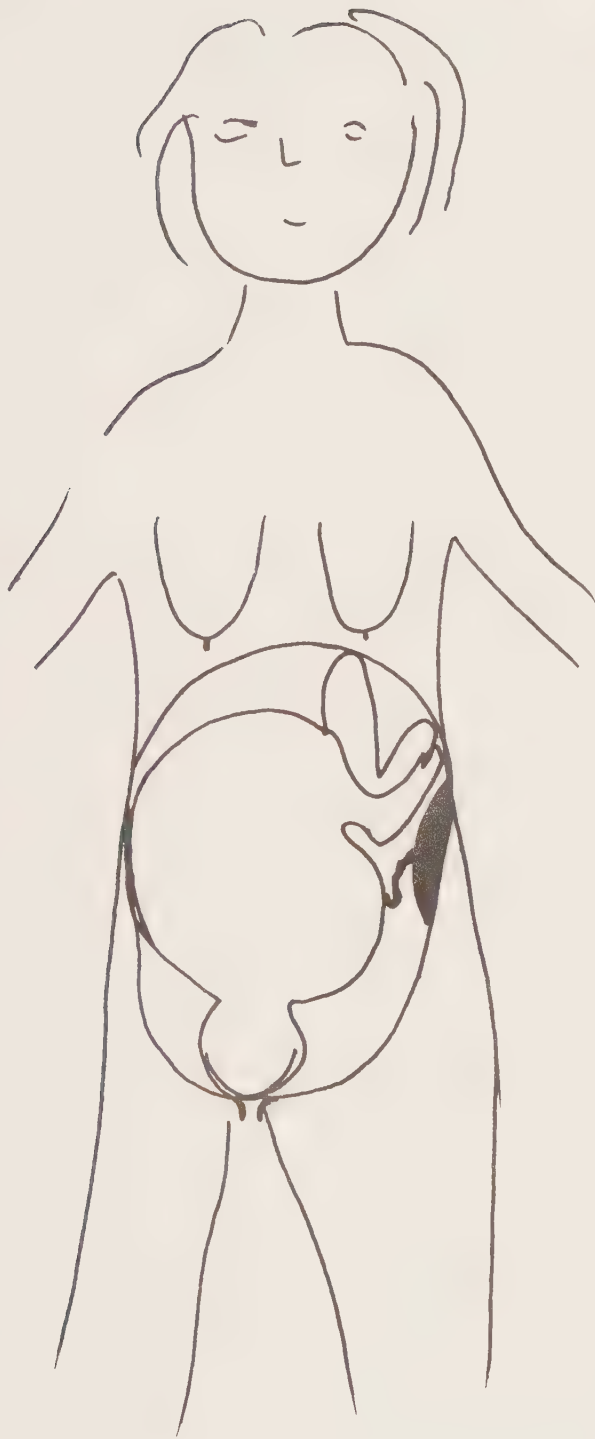
L'envie de pousser n'est ni une envie de miction, ni une envie de défécation comme le disait Mireille. L'enfant naît par la vulve, mais cette évidence est souvent masquée et l'idée "qu'un si gros bébé puisse passer par un si petit trou" n'est pas immédiate et rencontre une opposition, dont nous fûmes témoins à plusieurs reprises pendant la préparation.

B - UN DESSIN.

Représentant une femme enceinte au début de son travail, on n'a pas pu reproduire la descente dans le vagin. "Il y a tout un cheminement dans le vagin. Reproduire ça ! Je ne sais pas. Si quelqu'un veut prendre la craie. Je sais qu'il y a tout un cheminement, mais je ne peux pas le dessiner."

Le premier dessin montrait l'enfant affleurant les lèvres, le deuxième resta inachevé. D'ailleurs, le heut restant ouvert, Georges s'exclama : "Si j'étais lui, je partirais par le haut".

Cette naissance par la vulve est-elle si impensable ? L'utilisation d'un miroir qui permet à la femme de suivre de visu la progression de l'enfant conduisit le groupe à s'interroger sur ce problème.



PREMIER DESSIN



DEUXIEME DESSIN

C - LE MIROIR.

"Le miroir a été mis pour l'expulsion. Ça m'a choquée, au sens propre du terme. Je n'ai pas l'habitude de me voir sous cet angle. La tête, ça fait un peu gris... et j'étais horrifiée".

"On n'a pas l'habitude de se voir sous cet angle".

"Il y a une certaine gêne, on n'a pas l'habitude de se voir comme ça".

"Le premier film, la première fois m'a choquée. Je ne pensais pas que la vulve se dilatait comme ça. Ça fait une drôle d'impression. C'est pas beau. C'est vrai. Ce gros machin qui se dilate... C'est laid. Ça n'a rien à voir avec un sexe de femme, avec ce qu'on imagine d'un sexe de femme".

"Il y a une réaction de pudeur".

"Une dame m'a dit qu'elle n'osait pas se regarder".

"Quand j'ai commencé à pousser, la sage-femme m'encourageait. On apercevait un peu les cheveux. Mais au début ça ne va pas très vite... Je n'ai pas eu l'impression d'une évolution progressive. La sage-femme m'a dit : "A la prochaine contraction, je vous donnerai un coup de ciseaux, sinon ça

risquerait d'être difficile". Et j'ai eu peur que ça m'impressionne. Alors je n'ai pas regardé, et le bébé est sorti tout de suite".

"Les films, je n'en ai vu que deux, et ça m'a angoissée. Je crois que c'est parce que le premier accouchement s'est mal passé. Et puis je réfléchis et quand ces films sont plus loin dans ma pensée, ils ne m'angoissent plus du tout et je les trouve même rassurants, comme mon mari. Quand je vois le bébé qui sort, ça m'angoisse toujours, ça me coupe la respiration".

On a évoqué la pudeur pour expliquer cette réaction devant le miroir, mais certaines femmes vont plus loin et semblent éprouver une angoisse très profonde lors de la sortie de l'enfant. L'image qui survient est celle d'une blessure, d'une brèche par laquelle l'enfant fait irruption brutalement au dehors, non sans avoir provoqué des dégâts à sa mère. Il s'agirait alors d'une angoisse d'éclatement, de morcellement à partir du sexe, lieu du corps particulièrement investi narcissiquement.

Personne ne pourrait assister tranquillement à l'amputation de son doigt. Le réflexe est de détourner les yeux. La naissance réalise aussi un équivalent d'amputation, une perte de cet enfant pénis dont nous avons parlé plus haut.

On comprend mal alors les réactions inverses lors de la naissance éprouvées par certaines parturientes qui n'hésitent pas à parler du plaisir. Il

semble que de la situation d'une perte passive et subie, on soit passé à une situation d'activité volontaire qui favorise le départ de l'enfant hors du sein maternel. Cela nécessite une continuité du vécu afin que le contrôle physique de la naissance ne soit jamais perdu. Cela réalisé, pourront apparaître des phénomènes en plus, et par surcroît vient le plaisir.

Par ailleurs les jeunes accouchées expliquent qu'elles ne purent souvent pas bénéficier du miroir tant l'effort de la poussée était violent et les fatigait. Madame F., Denise et Michelle illustreraient ce phénomène. La technique a évolué au cours des quelques mois de ce groupe, si bien que les poussées sont limitées au maximum, l'enfant étant soufflé vers la vie aérienne par sa mère dont seul l'utérus assure l'effort d'expulsion. Nous avons à ce propos remarqué combien le caractère anal de la maîtrise de l'accouchement était diminué par ce principe qu'il était préférable de se détendre en bas plutôt que de pousser d'en haut.

Lors de la naissance, il est possible de laisser les parents vivre leur expérience ; suivant une métaphore de théâtre, ajoutons que chaque couple peut jouer la pièce qu'il veut. Le rôle médical consiste à donner les moyens pour que la pièce soit jouée, parfois aussi une assistance est nécessaire mais les acteurs principaux restent les parents et l'enfant. C'est donc eux que nous écouterons nous relater leur vécu :

"On ne s'est pas ennuyé l'un et l'autre. On a accouché ensemble, on a fait quelque chose ensemble. Il y a une expérience de couple... Et Anita me disait tout à l'heure que dans notre vie de couple, ça a été

peut-être pas la première sinon la deuxième. Si vous voulez, il y a le mariage, dont on se souvient comme d'une expérience émouvante, et cette naissance, est la deuxième expérience de notre vie de couple la plus importante".

"En fin de compte, ça a été la réalisation d'un rêve, et surtout comme l'avait dit Guy, une communication très particulière, très profonde et qui peut se dispenser de mots".

"C'est un état d'esprit, il n'y a pas de méthode. Juste avant de partir pour la clinique, j'ai dit à Denise, tu vas peut être t'ennuyer un peu, si on prenait le livre de LEBOYER. Ca m'a paru curieux. Ca fait longtemps qu'il était oublié LEBOYER. Le livre, il était loin".

Enfin, le vécu des parents à la naissance est sans rupture ni séparation, ce qui paraît un paradoxe au sujet de la naissance... La prise en charge immédiate du nouveau-né par les parents perpétue ce climat. Il suffit d'écouter les couples pour être convaincus que toute séparation entre le bébé et les parents est vécue comme un rapt, gêne la reconnaissance ultérieure de l'enfant par sa mère, qui malgré les bracelets et autres précautions imagine quelque échange d'enfant et doit au retour du bébé langé et nettoyé apprivoiser et faire connaissance d'un petit étranger.

T R O I S I E M E P A R T I E

L E S P R E M I E R E S

H E U R E S D E L A V I E

C'est à partir de ces plaisirs
premiers que l'enfant peut ensuite
accéder à la vie amoureuse et
sexuelle génitale adulte ; c'est
aussi à partir d'eux qu'il peut
accéder à la pensée.

D. ANZIEU (2)

Ces premières heures, le nouveau-né va les passer entre les mains de ses parents. Dans la grande majorité des cas, il n'est pas justifié d'enlever l'enfant. La permanence du contact va stimuler une prise en charge immédiate de cet enfant par ses parents.

C'est un contact à mains nues au début où l'on recommande aux parents de masser leur enfant. Il faut dire que le plus souvent le nouveau-né ne reçoit que des caresses. La main adulte n'exerce pas une pression bien forte, reste souvent maladroite. Cependant on observe que l'enfant se calme rapidement dans ce corps à corps chaleureux et ses cris cessent.

Le père prend alors l'enfant, et le plonge dans un bain chaud. Nous verrons en quelques pages ce que l'on peut dire après cette courte expérience.

Ensuite l'enfant est mis au sein, en salle des naissances, et il prend une première têtée... Nous nous arrêterons là aussi, le temps de pointer quelques faits d'observation que l'on associera librement avec quelques remarques plus théoriques sur le développement psychique précoce du nourrisson.

I - LE BAIN

Pour beaucoup de parents, voire de professionnels de l'obstétrique, il existe une méthode LEBOYER, et on veut faire des "petits LEBOYER". Le bain à la naissance est un temps fort de cette pratique, souvent considéré comme obligatoire. Certains ont pu un jour critiquer la "bassine", ce gadget à la mode. Nous allons une fois encore écouter les parents pour savoir ce qu'ils en pensent, de cette bassine.

André : "Le bain, ça a été un grand moment. On oublie le temps, mais je sais qu'à la fin j'étais complètement crevé".

Denise : "Ca a été un moment merveilleux pour Nicolas. On l'a vu bouger ses membres, sucer son pouce, bailler..."

André : "Il a bien réagi. Pour les sourires, c'était assez réservé".

Georges : "Dès que je l'ai pris, il a commencé à brailler. Je l'ai mis dans l'eau. Les cinq premières secondes, j'ai cru qu'il allait se détendre, après comme il ne se détendait pas, j'ai préféré... Je me suis dit, il a peut être mieux à faire que prendre un bain, et on l'a remis sur le ventre d'Anne-Marie, et puis en couveuse".

Anecdotiquement, rappelons ici que Georges est aussi Maître-nageur, et malgré tout il n'a pas imposé son amour de l'eau.

Pierre : "Ce bain je l'avais préparé longtemps à l'avance, j'y ai beaucoup pensé. Le moment venu, ça a été très agréable. J'ai pris mon enfant. Là j'ai vraiment compris qu'il était à moi, plus encore que quand Georgette l'avait en elle pendant neuf mois. Et c'était un premier contact très important ; j'ai appris à connaître mon enfant. Si après le bain on l'avait mis dans une salle au milieu de 50 enfants, je l'aurais reconnu sans problème. Je me suis aperçu de ses premiers gestes : les mains, les pieds, remuer dans l'eau, patauger un peu, ouvrir les yeux, bailler. C'était vraiment ses premiers gestes. Et puis je l'ai promené, je l'ai caressé avec l'eau. Il a esquissé quelques sourires, il était vraiment très bien. Pour moi, c'est inoubliable, c'est le premier contact avec le père".

Pierre a continué de baigner Jérôme à la maison et il avait si peu d'appréhension qu'il lui a mis une fois la tête sous l'eau, pour voir.

"Je l'ai immergé complètement, la bouche ouverte. Il n'avale pas l'eau. Son réflexe c'est de la rejeter. Ce n'est pas pour cela qu'il a pleuré. Il pleure quand on le sort de l'eau, mais dans le bain, il sourit aux anges".

Bernard, lui, est un père qui a une "phobie de l'eau" et il a retrouvé ses problèmes à lui pendant le bain de Colin, son fils.

"Je n'avais pas tellement envie de le baigner et puis ce gamin, il faut bien le prendre en charge... Je me suis jeté à l'eau, enfin je l'ai jeté à l'eau. Il y a eu la période d'appréhension du début qui était très forte, après ça allait mieux mais ce n'était pas marrant marrant. J'ai failli passer le relai, je l'ai gardé et ce cap passé, j'avais envie de continuer, de m'en occuper.

Le docteur me disait : donnez-lui une impression. Et moi, je suis bien dans l'eau si je suis immobile. Il y a autre chose...

Quand il est né, j'ai vu cette gueule affreuse et dans le bain, il s'est déridé à une vitesse extraordinaire. Une heure après, il n'avait plus la même tête. C'est le début de la relation. Quand on voit ce changement, c'est très important. Je l'ai vécu comme quelque chose de très fort. Peut être aussi que ça m'aidera pour ma phobie de l'eau ? Je l'ai acquise dans mon enfance. Je me souviens de moments où j'aimais bien l'eau!

Comme Pierre tout à l'heure, Bernard a vécu là avec son enfant la première relation, une situation de communication peut-être. Comme Pierre aussi il s'est senti le père de cet enfant.

Vivant dans une communauté où les enfants sont "pris en charge" par tous, il s'est découvert au cours de ce bain une responsabilité individuelle sur Colin alors que toute la communauté était présente. Sa phobie de l'eau

aurait pourtant été un bon motif pour faire assumer par autrui cette tâche. La situation fut si riche qu'il ne passa pas la main.

Guy a baigné Christian, son quatrième enfant, le premier garçon. Il n'a pas eu l'occasion de relater au groupe son vécu lors de ce bain, mais le film montre nettement plusieurs faits :

1°) La transformation physique de Christian dans l'eau. A ce bébé de quatre kilos, né après douze heures de contractions, on donnait huit jours tellement son visage s'est épanoui.

2°) Il était très détendu dans l'eau, s'y mouvant très librement ; après un quart d'heure, il cherchait à boire, commençait des mouvements de succion. On voit l'éveil de la faim.

3°) La communication qui s'établit entre son père et lui est particulièrement nette. Christian suivait des yeux, déplaçant sa tête et son regard dans la direction d'où venait la voix de basse de Guy.

Autre couple, autre bain. Pour Alix, le fils de Paule et Charles, on ne voyait pas le temps passer. On s'oubliait, et Charles s'adressait à Alix en langage bébé.

Charles : "Cette histoire de bain... Le père est aussi content que l'enfant. C'est vrai vous voyez cette détente. On l'avait vue un peu sur les films précédents (...) On commence à faire un apprentissage paterne. Dans l'eau, ça fait un peu savonnette... Toutes les positions sont permises (...) Il y a la tasse traditionnelle mais il doit

y avoir un petit clapet qui les empêche d'avaler. On fait ça très décontracté. Oublier un peu. Et on voit ces petits, l'air béat, tranquilles. Vraiment, c'est la détente du yoga, en plus prononcé.

Paule qui voulait donner le bain, a laissé faire son mari mais "j'ai eu la possibilité de patauger un peu parce que la baignoire est tout contre le lit".

Les pères ont beaucoup parlé du bain. Tous ont baigné leur enfant, mais était-ce si simple et n'y a t'il pas eu un moment de panique à ce moment, devant "ce petit être fragile" ainsi que le formula un père ? Quelles sont donc les appréhensions que nous avons rencontrées pendant la préparation :

"Il glisse comme une savonnette, il faut faire attention".

"Mais je ne la tiens pas, elle glisse".

"Au début, on ne mettait pas beaucoup d'eau dans la baignoire. Je me suis demandé s'il n'allait pas boire la tasse. C'est difficile de ne pas lui faire boire une tasse".

"Il y a tout le problème de le mettre dans l'eau, de l'enfoncer. A quelle température l'eau ? On n'attend pas que le cordon tombe ? "

A la peur qu'il glisse, qu'il se noie, les parents de l'enfant ont répondu eux-mêmes. On leur avait proposé de s'exercer avec une poupée enduite de savon, afin d'accomplir une sorte de répétition. Cela fut refusé

énergiquement : "ça ne glisse pas tant que ça... le bébé est souple et vivant, ça va ôter de la spontanéité". Selon Mireille, ce qui compte "c'est les premiers gestes". "Le bébé d'un autre on a peur de le prendre". D'autres ajoutèrent : "Un bébé, il faut bien le baigner, non ? Quand il vient de naître, il est un peu plus petit ". Ou encore : "Dès qu'on l'a en main, il n'y a plus de problème". Pierre qui rappelait : "j'imagine le bain, le goût de donner le bain, je l'ai acquis à la préparation". Ce dernier argument montre bien que le problème appartient à l'ordre des fantasmes, de l'imaginaire et toute intervention matérielle réaliste ne pouvait répondre à la demande des couples.

A la peur de l'infection, ou a celle du froid, l'équipe donne au contraire des réponses techniques :

"On ne fait plus de pansements, mais on désinfecte à chaque change".

"35°C environ, et on rajoute de l'eau chaude".

Ces réponses dites techniques rassurent rapidement, ferment peut-être le discours, mais on reste frappé par le fait que tout au long de l'évolution du groupe, elles furent rarement nécessaires.

A propos du bain, les couples ne recherchaient par une règle, et il semble que le "message de LEBOYER" soulignant que chaque bébé est un cas particulier ait été sur ce point bien compris. Notre expérience montre qu'il ne s'agit pas d'un bain gadget au rituel stéréotypé et il nous est difficile de parler de "la bassine" et de "petits LEBOYERS".

Ce sont des bains pour le plaisir sans doute ; le plaisir des parents, il suffit de les écouter. Le plaisir des enfants, sauf Ciryille, tous étaient calmes, silencieux, attentifs et détendus.

A la naissance, l'enfant crie. Ce cri physiologique n'est pas combattu. THIS rappelle que violence signifie force (vis) et que toute naissance doit être violente, pour se produire. Mais nous ne devons pas "en rajouter", et nous luttons contre les cris de détresse qui suivent le premier cri, signe de la vie; l'enfant s'apaise en quelques secondes sur le ventre de sa mère, manifeste de nouveau quand on le soulève, surtout si l'on est un peu brusque, mais dans l'eau, bien enfoncé, à plat, il se calme. Tendue pour lutter contre les stimuli désagréables qui l'assaillaient quand on le transporte, il nous apparaît au contraire serein, si bien qu'il ouvre les yeux, se tournant vers son environnement. L'eau, milieu originel de l'enfant joue un rôle pare-excitateur, et lui permet de trouver une "sécurité narcissique". C'est dans ce sens restrictif que l'on s'approche du trauma de la naissance imaginé par RANK (23). Comblé et rassuré quant à son intégrité narcissique, l'enfant est poussé à se tourner vers une recherche naturelle et spontanée de l'objet (7), et cela dès ses premières manifestations pulsionnelles. On comprend alors mieux que se réalise si tôt l'ébauche d'un parcours objectal dans ce qui apparaît comme une "relation" entre l'enfant et son père. Ce bain inaugure une communication entre le père et l'enfant. Pierre et Bernard racontent cette scène à la façon d'une deuxième naissance ; Christian, nouveau-né suivait attentivement la voix de son père.

Ce climat d'échanges et de partage associé au plaisir ("on ne voit pas le temps passer") évoque une fête. On peut se détendre, se laisser aller, parler bébé avec cet enfant que l'on voit de près, nu, dont on peut s'assurer de la complétude, alors qu'on était encore dans l'angoisse de la naissance quelques instants auparavant. Il est légitime de faire ce jeu de mots, en qualifiant la salle de naissance d'espace fœtal (COSNIER - 4).

Le bain étant inscrit dans une démarche globale en matière d'éducation précoce de l'enfant marquée par l'établissement de relations "à la demande", on peut dire qu'avec la mise au sein immédiate, la fête continue.

II - LE SEIN

Déjà dans l'eau, le nouveau-né manifeste sa faim. La section du cordon ombilical l'a précipité dans un monde où règne la discontinuité. D'aucuns parleront de traumatisme et seront tentés de le supprimer. D'autres rappelleront à juste titre que sans besoin, sans tension n'émergera jamais la moindre demande, puis le désir.

Or la sensation de la faim s'impose au nouveau-né privé de sa perfusion alimentaire comme en témoignent les mouvements de succion et les contorsions diverses qui l'amènent parfois à boire une petite "tasse".

Il est temps de remettre bébé sur le ventre maternel afin qu'il cherche et trouve le sein.

L'allaitement soulève des débats souvent passionnés chez les techniciens de la médecine autant que dans le public. Les avis sont tranchés et quand une forme d'allaitement n'est pas imposée à la maternité, elle est vivement conseillée aux mères par le corps médical.

Or la valeur affective de l'allaitement maternel paraît très importante. On rappelle que le "post-partum blues", ce mouvement dépressif naturel habituel est combattu par un maternage très absorbant, et c'est par une hyperactivité tournée vers son enfant que la jeune mère négocie ce passage délicat (22). On pointe ici l'importance du lien créé entre la mère et l'enfant par le maternage.

Par ailleurs, la pression d'allure dogmatique exercée par les médecins et leur relais, les

média, va fortement influencer les réactions des parents face à l'allaitement, infléchissant les questions et diverses interrogations, le discours que nous avons rencontré dans le groupe de préparation.

"Pourquoi, à certains endroits, met-on encore les enfants à la diète le premier jour ? "

Thérèse : "Maman m'avait dit : il faut être très ponctuel, avoir des horaires fixes. Pour Hélène, j'ai fait cela. Je voulais imposer ma volonté. Elle sentait l'opposition de sa mère et j'ai eu toutes les difficultés pour la nourrir. A dix mois elle ne mangeait strictement rien, elle ne faisait que dormir. A Debrousse, on a fait des examens qui ont révélé qu'elle faisait de l'anorexie mentale. Nous avons atterri à l'étage psychiatrique".

Tony : "Vous parliez d'allaiter le bébé, mais il y a beaucoup de mamans qui voudraient allaiter et ne peuvent pas. Parce que pour allaiter votre bébé, il a fallu vous analyser le lait pour voir s'il était assez nourrissant ? "

Georgette : "Non".

Tony : "Mais souvent il manque de matières grasses. On interdit à la mère d'allaiter son enfant parce que le lait n'est pas assez riche. Souvent, la maman donne son lait et on dit: Mais cet enfant, qu'est-ce qu'il a, il pleure, il est malade, il a quelque chose.

On le pèse, il dépérit. C'est là qu'il faut analyser le lait".

Lucienne : "Je crois que cette question d'allaitement soulève beaucoup d'affects. Ma belle-mère, à propos de l'allaitement, elle a eu tous les tourments : le bébé a failli y rester, dit la légende, et elle a eu du mauvais lait... Enfin on s'en est aperçu à temps. Il y avait tout un théâtre qui allait avec la souffrance de l'accouchement".

"Je me suis dit que l'allais abîmer ma poitrine. Je vais peut-être choquer beaucoup de gens, mais je trouvais que c'était bestial. J'avais une sorte de répulsion à mettre mon bébé au sein".

"Une femme qui devra reprendre son travail au bout d'un mois et demi, à part le fait qu'elle devra changer de lait, cela ne va t'il pas faire une coupure pour le bébé ? "

Anita : "Dans ma tête, c'était : j'allaiterai bien un mois ou deux au maximum. Ce n'était pas une disponibilité totale, la grande aventure de l'allaitement".

Nicole : "Au début on m'a dit, pas plus de cinq minutes, et après, biberon. Après, ils l'avaient pesé, il avait pris quatre vingts grammes, une bonne dose et il pleurait encore, alors ils me l'ont rapporté".

Josy : "Le lait pas assez riche, ça doit exister de temps en temps, je ne sais pas. Mais il doit exister plutôt des mamans qui n'ont pas assez de lait ou alors elles n'allaitent pas parce qu'elles ont peur d'abîmer leur poitrine. Pour moi n'importe comment, je ne pourrai pas allaiter, mais autrement, j'aurais bien aimé".

On retrouve dans le discours du groupe les thèmes que remarqua BEETSCHEN dans une étude sur l'allaitement (3) :

- Le choix d'allaiter ou non est déterminé par la relation avec l'image maternelle. Dans un des cas, tout le comportement alimentaire d'une jeune mère est "hérité" de la grand-mère.

- En attribuant une origine somatique ou à un destin héréditaire l'impossibilité d'allaiter, la femme se protège d'un affrontement direct avec l'image maternelle et de l'atteinte narcissique que représente ce refus d'allaiter. Ce refus est souvent associé à la revendication d'autres investissements : travail, mari, reprendre une vie normale.

Le discours médical, souvent qualifié de dogmatique et qui exerce une pression importante sur les femmes joue en fait un rôle d'écran ; il contrôle l'instinct maternel, les pulsions agressives envers l'enfant, intolérables, "choquantes", (le terme fut employé) sont alors masquées.

ODENT (20) remarque que la proportion des femmes qui allaitent leur enfant a considérablement augmenté dans son service de maternité à Pithiviers où se pratique

Josy : "Le lait pas assez riche, ça doit exister de temps en temps, je ne sais pas. Mais il doit exister plutôt des mamans qui n'ont pas assez de lait ou alors elles n'allaitent pas parce qu'elles ont peur d'abîmer leur poitrine. Pour moi n'importe comment, je ne pourrai pas allaiter, mais autrement, j'aurais bien aimé".

On retrouve dans le discours du groupe les thèmes que remarqua BEETSCHEN dans une étude sur l'allaitement (3) :

- Le choix d'allaiter ou non est déterminé par la relation avec l'image maternelle. Dans un des cas, tout le comportement alimentaire d'une jeune mère est "hérité" de la grand-mère.

- En attribuant une origine somatique ou à un destin héréditaire l'impossibilité d'allaiter, la femme se protège d'un affrontement direct avec l'image maternelle et de l'atteinte narcissique que représente ce refus d'allaiter. Ce refus est souvent associé à la revendication d'autres investissements : travail, mari, reprendre une vie normale.

Le discours médical, souvent qualifié de dogmatique et qui exerce une pression importante sur les femmes joue en fait un rôle d'écran ; il contrôle l'instinct maternel, les pulsions agressives envers l'enfant, intolérables, "choquantes", (le terme fut employé) sont alors masquées.

ODENT (20) remarque que la proportion des femmes qui allaitent leur enfant a considérablement augmenté dans son service de maternité à Pithiviers où se pratique

la "naissance sans violence" préparée, et cela en dehors de tout essai de persuasion par l'équipe obstétricale. Selon lui, "l'allaitement maternel est symptomatique de la qualité de la relation mère-enfant".

C'est en salle de travail, lors de la rencontre entre un fantasme et une réalité quand l'enfant imaginaire laisse la place à l'enfant réel que se décide le choix de l'allaitement. "Jamais une mère refusera le sein à un nouveau-né qui l'a déjà trouvé sur la table de travail" conclue ODENT. De plus, cet acte bien réel facilite sans doute la reconnaissance de l'enfant par la mère, la rend quasi-immédiate et évite le passage par une période de "flottement".

Pour les quelques naissances que nous avons suivies, l'allaitement précoce, en salle de travail, fut pratiqué chaque fois. Nous retrouvons les conclusions de Michel ODENT :

"Quand vous avez allaité, il le trouve tout de suite, le sein ? "

Marie-H. : "Ah oui, elle a mis ses deux poings sur le sein et tout de suite elle a tiré".

"Dans la salle d'accouchement ? "

"Tout de suite après le bain".

Denise : "C'est un petit glouton. Il a trouvé le sein tout de suite et a tété très fort. On ne pouvait plus lui enlever le sein. La mise au sein, j'attendais ça depuis très longtemps, alors ça a été un grand moment".

"Je trouve que c'est formidable. C'est une relation avec un enfant qui est extraordinaire d'autant plus qu'il apprécie beaucoup le sein et qu'il refuse le biberon"

"Quand on tire, ce n'est pas toujours un plaisir".

"Il y a les premiers moments où ça fait mal, mais il faut le laisser dix minutes. Il a pris ce qu'il lui faut et quand on le laisse plus longtemps, c'est là qu'il y a des trucs qui se passent, des tas de sensations. On arrive à sentir des choses du domaine du plaisir".

"Et sur le plan personnel est-ce valable de nourrir si on n'est pas motivé, parce que c'est la mode ? "

Marie-H. : "Maintenant c'est la mode mais quand j'ai allaité Céline, j'étais la seule à la clinique. Totalement démodée. Ca faisait vraiment mémère".

"Mais le lait ne vient pas tout de suite ? "

"En effet, la montée laiteuse progressive s'étale sur plusieurs jours".

D'un point de vue psychologique, la mise au sein précoce ne va t'elle pas provoquer chez la mère des fantasmes de sein vide incapable de nourrir un enfant avide, qui à cause de l'insatisfaction agresserait ce mauvais sein . Selon BEETSCHEN, on retrouverait une crainte

de cet ordre dans des équivalences telles que la peur des crevasses, ce qui ouvre sur un abîme vide et glacé.

Dans notre expérience, les premières têtées étaient complétées par un biberon, dont l'enfant pouvait se rassasier. Il se trouvait ainsi protégé d'une expérience de frustration précoce, protection justifiée par le climat de "non violence" de toute la naissance. Il semble aussi que cette satisfaction de l'enfant servait à protéger la mère de l'émergence des fantasmes de mauvais sein.

Et quelle gratification quand l'enfant manifeste sa préférence pour le sein au lieu du biberon. Les témoignages des mères sont très clairs :

Georgette : "La tétine, il n'aime pas ça... Et j'apprécie d'autant plus".

Denise : "Il a réclamé cet après-midi, mais il a voulu juste le sein, pas le lait. Alors le biberon, on ne lui a pas donné".

Marie H. : "Quand elle pleure entre deux têtées et que je lui donne un peu d'eau dans un biberon, elle le refuse. Elle sait ce qu'elle veut".

On sera étonné d'entendre dire qu'un enfant de quelques jours sait ce qu'il veut, lui un être au psychisme rudimentaire. Nous n'entrerons pas dans le débat qui consiste à évaluer les possibilités de pensée du tout jeune nourrisson. En fait il semble aussi important de relever qu'une mère croit que son enfant sait ce qu'il veut et agisse en fonction de cette hypothèse, afin de satisfaire au mieux la "demande". Nous nous trouvons

dans les traces de WINNICOTT et sommes en plein dans l'aire transitionnelle où se réalise une "congruence" (DUBOR - 7) entre la mère et l'enfant. Nous rappelons que selon WINNICOTT, l'adaptation à 100 % de la mère aux besoins de son enfant est indispensable à l'évolution de l'enfant (30). Cette adaptation crée l'illusion pour l'enfant que quelque chose rencontre son besoin, suscité par la tension instinctuelle. A ce stade d'illusion, le sein est sous le contrôle magique, magique puisque il a un comportement parfait pour le nourrisson.

Dans un deuxième temps, la mère fait progressivement vivre à son enfant l'épreuve de la réalité; l'adaptation est de moins en moins parfaite et le désillusionnement se produit alors, s'accroissant avec les capacités du petit enfant de faire face à la défaillance maternelle.

L'allaitement précoce puis à la demande est dans le droit fil des observations et de la théorie de WINNICOTT (31).

Le jeûne de 24 heures que l'on faisait observer aux nouveaux-nés est une pratique qui disparaît peu à peu.

La rigueur dans les horaires de têtées est par contre fréquente. On entend dire qu'il ne faut pas être l'esclave de son enfant en cédant à tous ces caprices et mieux vaut commencer le dressage de bonne heure. L'alimentation est alors une technique dont il faut apprendre les règles et on ne doit plus s'en écarter : six têtées par jour, et quand le bébé pèse cinq kilos, on passe à cinq têtées. Voilà quelque chose de net et précis, comme la physiologie...

Cependant on a perdu de vue que ce cadre est utile dans l'alimentation artificielle où la connaissance des besoins alimentaires de l'enfant est plus difficile que dans l'alimentation naturelle.

Nous pensons aux théories de BION (10) pour qui l'absence du sein ne crée pas chez le nourrisson la simple impression désagréable d'un manque, mais suscite un vécu si frustrant et si angoissant qu'il en devient persécutoire. Ces éléments persécuteurs, le nourrisson les projette dans sa mère lors de la têtée suivante, nouvelle rencontre avec le sein. Dans la têtée, l'enfant se nourrit du bon lait, mais aussi expulse dans le sein les éléments dangereux qui l'avaient intoxiqué. La bonne mère va les "bonifier", et les restituer une fois métabolisés.

L'allaitement à la demande, ce n'est pas l'anarchie. On retrouve quelques principes : si l'enfant réclame moins de trois heures après une têtée, on lui donne de l'eau. S'il réclame plus de trois heures après, on lui donne du lait.

Par ailleurs on rappelle que les pleurs de l'enfant ne signifient pas systématiquement qu'il a faim, et que le but de cette méthode est de favoriser la compréhension des besoins de l'enfant, dans d'autres domaines qu'alimentaires.

En pratique, ces principes d'allaitement à la demande n'ont pas posé de problèmes majeurs aux femmes qui avaient préparée la naissance dans le groupe. Cela signifie aussi que le résultat dépend de la personnalité de la mère, comme en témoigne cet exemple que nous avons choisi ; une mère raconte sa façon de faire :

"Moi aussi je pratique l'allaitement à la demande, enfin le biberon à la demande. Il n'est pas encore bien réglé. Il demande à peu près toutes les trois heures, trois heures et demi. Parfois toutes les cinq heures, parfois au bout de deux heures et demi. La nuit, il me réveille vers deux heures, des fois vers trois heures".

M. avait le sentiment d'un échec relatif, était inquiète devant le caractère imprévisible de la demande. Elle ajoute :

"Il n'est pas calme comme enfant. Il a peut-être hérité de ma nervosité. Quand je le savonne pour sa toilette je fais vite pour qu'il ne se refroidisse pas et il pleure. Je ne le laisse pas longtemps nu parce que j'ai l'impression qu'il n'aime pas. Je ne peux d'ailleurs pas lui faire de massages".

Cet exemple illustre deux points importants pour apprécier la "validité" de cette expérience en obstétrique :

1°) Cette rencontre entre la mère et son enfant fait se rencontrer imaginaire et réel, psyché et soma, au point qu'ils sont souvent intriqués et indissociables. On parle d'indifférenciation somato-psychique du nourrisson, des communications cénesthésiques quasi-télépathiques dans la dyade mère-enfant qui "branchent" le nourrisson sur l'inconscient maternel, et un enfant ne perçoit le sein pour autant qu'un sein ait existé ici et maintenant. Le poids du réel pèse lourd dans l'élaboration

du psychisme. SPITZ insiste sur les communications multicanalaires entre la mère et le nourrisson, en sorte que l'enfant est "branché" sur l'inconscient maternel (26).

Dans ce chapitre sur "le sein" nous avons effectué ce même aller et retour entre fantasme et réalité tant ils nous ont paru intriqués.

2°) C'est le vécu qui nous semble primordial, et un vécu ne peut être que singulier et non quantifiable. On ne peut en tirer de conclusions statistiques, ni parler de bons et mauvais résultats. Laissons la parole à WINNICOTT (30) :

"Médecins et infirmiers en savent beaucoup sur le côté physique de la grossesse, de l'accouchement et de la santé corporelle du nourrisson au cours du premier mois de son existence. Pourtant, ils ne savent pas au moment des premières têtées comment faire se rencontrer la mère et le bébé parce qu'il s'agit d'un sujet délicat qui dépasse les règles et les préceptes. C'est seulement la mère qui peut savoir comment agir".

ET APRES ?

Pendant les premières heures qu'ils passent avec leur enfant, les parents ont le sentiment de communiquer avec lui. La recherche de son sourire en témoigne. Mais s'agit-il là d'une communication au sens vrai ou bien d'une illusion ? Quoiqu'il en soit, la rencontre du désir des parents avec des besoins très primaires de l'enfant se trouve réalisée : besoin de nourriture et besoin de contact.

Les psychanalystes insistent sur l'importance de l'oralité dans l'élaboration du psychisme infantile. Citons D. ANZIEU (2) : "FREUD montrait que l'allaitement est pour le nourrisson l'occasion de deux plaisirs consécutifs : celui de la succion et celui de la réplétion, reliés entre eux par une sensation dont le caractère agréable est moins net, de passage d'un liquide tiède dans la bouche et l'oesophage. L'activité de succion du pouce ou d'un hochet comme substitut du sein lui a paru être à l'origine de la vie intérieure ; il est en effet vraisemblable que le nourrisson qui suce son pouce hallucine le sein et déclenche par l'évocation imaginaire de cet objet le retour du plaisir dont il avait gardé une trace mnésique. C'est ainsi que le désir, réalité purement psychique, naîtrait par étayage sur le besoin biologique de nourriture et que la rêverie, première activité mentale pure se produirait".

Des psychanalystes ont encore élargi le concept d'oralité à la réceptivité caractérisant le nourrisson non seulement quant à l'allaitement, mais aussi quant à sa posture dans le berceau, et au plaisir du bercement et quant à tous ses sens : les sons, les odeurs,

et le toucher par les étoffes douces, les objets en peluche. Il en fortifie son moi qui s'ébauche. Ce n'est qu'après avoir reçu que l'on peut donner.

Les données récentes de l'éthologie montrent l'importance du contact (2). En comparant les réactions de bébés singes à des mères artificielles revêtues de chiffons doux allaitantes ou non, avec leurs réactions à des mères artificielles en fil de fer, allaitantes ou non, HARLOW a montré que le réconfort du contact constituait une variable primaire renforçant l'affection de l'enfant envers sa mère. La possibilité de contact corporel dans les premières semaines est vitale pour le développement du système d'affectivité hétérosexuel.

Après ce détour dans l'éthologie, science animale qui enrichit la psychologie humaine par ses expériences, revenons au petit d'homme. Sa peau se trouve stimulée à l'occasion des soins maternels, de façon involontaire. Mais les mères ne se privent pas de caresser leur enfant, de façon volontaire cette fois dans le but de provoquer un plaisir, diffus et global, dont on peut dire qu'il est érotique et non sexuel (différent du plaisir intense et localisé dans l'allaitement).

Les contacts maternels apportent à l'enfant un sentiment de sécurité. L'attachement tel que l'entendent les éthologues permet au sujet d'être "bien dans sa peau".

Pour ANZIEU, les conceptions des éthologistes et celles des psychanalystes sont complémentaires. Cet auteur relie l'oralité et l'épiderme en un seul tableau où l'oralité constitue les figures et l'épiderme la toile de fond.

Le bain et l'alimentation dès les premières heures de la vie sont les prototypes des soins ultérieurs apportés à l'enfant. Ils prennent tout leur sens dans la mesure où l'enfant continuera de bénéficier d'un tel climat de sollicitude.

CONCLUSION

Ce travail dans lequel nous avons analysé l'évolution d'un groupe d'une vingtaine de couples motivés pour préparer la naissance d'un enfant selon l'esprit de la psychoprophylaxie obstétricale moderne permet d'aborder plusieurs points concernant la psychologie de l'enfantement.

1°) Bien que l'échantillon soit restreint, nous avons retrouvé dans cette expérience les données classiques de la maternalité concernant le désir d'enfant et les répercussions de la grossesse sur la sexualité féminine tant sur le plan corporel que sur le plan des investissements objectaux.

2°) Le groupe tout entier et la large place qui y est faite aux maris, pendant les quelques 6 mois de préparation et lors de la naissance amortissent les processus bouleversants de la maternalité par une critique de l'illusion de la fusion mère-enfant : discours sur les besoins du nourrisson, rappel du père objet du désir de la mère, rappel du placenta, prise de conscience de l'autonomie du fœtus par la relaxation.

3°) Le traumatisme psychologique de la grossesse étant amorti, cela permet aux parents d'intégrer l'expérience de la grossesse dans la trame de leur vie de couple avec deux résultats immédiats :

- La naissance redevient un évènement familial où l'on reconnaît aux deux parents et à l'enfant une place primordiale et où ils peuvent s'exprimer. Cependant elle reste médicalisée à la maternité pour des raisons prioritaires de sécurité physique de la mère et de l'enfant. Cette situation de compromis entre le respect des désirs de chacun et les exigences techniques rend le pouvoir médical moins pesant. Elle s'établit quand la relation médicale est envisagée comme un dialogue entre partenaires reconnus à part entière.

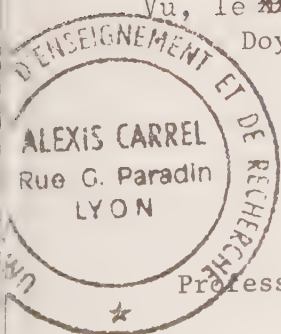
- Il est possible de confier d'emblée et largement l'enfant à ses parents dès la première heure. Le nouveau-né reçoit d'eux le contact et la nourriture, ces soins qui seront nécessaires à son développement somatique et psychique.

Le Président de la Thèse

J. LUXOTAT

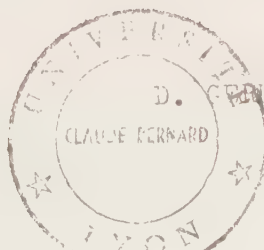
[Signature]

Vu, le ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ ALEXIS CARREL
Doyen de la Faculté de Médecine



Professeur MORNEX

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 5 JUIN 1978
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANZIEU D. Pour une psychanalyse du génie
MATHIEU M. créateur.
BESDINE M. DUNOD. 1974. 280 pages
JACQUES E.
GUILLAUMIN J.
- 2 - ANZIEU D. L'attachement.
BOWLBY DELASCHAUX & NIESTLE. 1974.
CHAUVIN P. 209.
DUYCKAERTS
HARLOW
KOUPERNIK
LEBOVICI
LORENZ
MALRIEU
SPITZ
WILDLOCHER
ZAZZO
- 3 - BEETSCHEN A. Allaitement maternel en service
d'obstétrique.
In Psychologie Médicale. 1977,
n° 4. P. 607-620.
- 4 - Bulletin officiel de la Société
Française de Psycho-prophylaxie
obstétricale. N° 70, 71 et 72
"Le séminaire de Reims". 1977-78.
- 5 - CHASSEGUET-SMIRGEL J.
La sexualité féminine.
PAYOT. 1964. p. 312.

- 6 - DONNET J. L. La grossesse et l'accouchement, leur régime psychologique. In Perspectives psychiatriques 1963. N° 4. P. 11-16.
- 7 - DUBOR P. Objet transitionnel et Fétiche. Article inédit, 1976.
- 8 - FREUD S. La vie sexuelle. P. U. F. 1973. P. 139.
- 9 - GODEAU Prières chrétiennes, 1646. Citées in revue de la M. G. E. N. n° 42, 1978.
- 10 - GRINDBERG & coll. Introduction aux idées psychanalytiques de BION DUNOD. 1976. P. 177.
- 11 - GRODDECK G. La livre du ça. GALLIMARD. 1976. P. 326.
- 12 - HELD R. Névrose et grossesse. In de la psychanalyse à la médecine psychosomatique. PAYOT. 1968. 612 pages.
- 13 - ILLITCH L. Némésis médicale. SEUIL, 1975. 222 pages.
- 14 - KLEIN M. Essais de psychanalyse. PAYOT. 1976. 452 pages.
- 15 - LAMY Ph. L'avortement anonyme. Thèse de médecine, LYON 1975.

- 16 - LAPLANTINE F. La culture du psy.
PRIVAT. 1975. 154 pages.
- 17 - LEBOYER F. Pour une naissance sans violence.
SEUIL. 1974. 160 pages.
- 18 - LECLAIRE S. On tue un enfant.
SEUIL. 1975. 137 pages.
- 19 - LEMOINE-LUCCIONI E.
Partage des femmes.
SEUIL 1976. 196 pages.
- 20 - ODENT M. Bien naître.
SEUIL 1976. 196 pages.
- 21 - RACAMIER P. La mère et l'enfant dans les
psychoses du post-partum.
L'Evolution Psychiatrique. P.525-
569. XXVI. IV. 1961
- 22 - RACAMIER P. Notes concernant le traitement
des psychoses de la puerpéralité.
In perspectives psychiatriques.
1963. n° 4. P. 31-41.
- 23 - RANK O. Le traumatisme de la naissance.
PAYOT. 1976. 237 pages.
- 24 - ROBERT Dictionnaire alphabétique et
analogique de la langue française.
- 25 - ROSTAND J. L'Homme.
GALLIMARD. 1970. 192 pages.

- 26 - SPITZ R. De la naissance à la parole.
P. U. F. 1974. 306 pages.
- 27 - TAMET J. Y. Paternité et naissance.
Thèse de médecine. LYON 1977.
- 28 - THIS B. Naître.
AUBIER-MONTAIGNE. 1973. 220 pages.
- 29 - THIS B. Naître... et sourire.
AUBIER-MONTAIGNE. 1977. 330 pages.
- 30 - WINNICOTT D. L'enfant et sa famille.
PAYOT, 1971. 214 pages.
- 31 - WINNICOTT D. De la pédiatrie à la psychanalyse.
1975. 369 pages.
PAYOT
- 32 - WINNICOTT D. La crainte de l'effondrement.
In la nouvelle revue de
psychanalyse. n° 11. 1975.

Association Amicale des Etudiants en Pharmacie de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69008 LYON - Tél. (78) 74-40-37